

IKÄIHMISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen Espoonlahden seurakunnan diakoniatyön
ikäihmisten kerhossa

Ulla Mäkitalo ja Helena Virtanen

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissa

TIIVISTELMÄ

Ulla Mäkitalo & Helena Virtanen. Ikäihmisten terveyden edistäminen. Terveiden edistäminen Espoonlahden seurakunnan diakoniatyön ikäihmisten kerhossa. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012. 72 s. 6 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoidaja (AMK) + diakonissa.

Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen, ja se tehtiin yhteistyössä Espoonlahden seurakunnan kanssa. Opinnäytetyömme tarkoitus oli edistää ikäihmisten terveyttä. Tarkoituksena oli myös kehittää terveyttä edistävää kerhotoimintaa Espoonlahden seurakunnalle.

Suunnittelimme terveyttä edistävää toimintaa Espoonlahden seurakunnan ikäihmisten kerhoon. Kerhot toteutettiin Soukan kappelin kerhossa alkuvuodesta 2012. Kerhojen aiheina olivat ”terveelliset elämäntavat”, ”omat voimavarat käyttöön” sekä ”hengellisyyden merkitys terveydelle”. Terveiden edistämistä arvioitiin palautteella, joka kerättiin kerholaisilta viimeisellä kerhokerralla. Kerhokohtaista arviota suoritettiin lisäksi kerhojen nauhoitusten pohjalta.

Kerhojen terveyttä edistävää vaikutusta oli haasteellista arvioida. Palautteen mukaan kerholaiset pitivät kerhojen aiheita mielenkiintoisina ja hyödyllisinä. Kokemus uuden tiedon saamisesta vaihteli kerhokertojen välillä. Kerhojen toteutuksessa tärkeä työtapa oli keskustelu, jota kerholaiset pitivät tärkeänä. Ikäihmisten terveyttä on mahdollista jatkossakin edistää ohjaamiemme kerhojen esimerkin mukaisesti.

Asiasanat: terveyden edistäminen, ikäihmiset, diakoniatyö, kerhotoiminta

ABSTRACT

Ulla Mäkitalo and Helena Virtanen.

Health promotion among elderly people. Health promotion in elderly people's group in the parish of Espoonlahti. 72 p., 6 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse.

This is a functional study. The purpose of this study was to promote elderly people's health in welfare work by organizing club activities. The study was carried out in cooperation with the parish of Espoonlahti.

We planned and implemented an elderly people's group three times in the parish of Espoonlahti at the beginning of the year 2012. The themes of the groups were "healthy lifestyles", "own resources into use" and "the effects of spirituality on health". The success of our study was estimated with the feedback that was collected after the last group. In addition, we recorded conversations in order to remember what was discussed in the groups.

Estimating the success of the health promotion was challenging. However, the elderly people considered groups and subjects interesting and useful. According to the feedback, the changes of lifestyles were quite few although most of the group members reported that they received new information in the groups. Discussion had a significant role in health promoting groups which was important for elderly people. The results indicate that this kind of health promotion for elderly people in parishes would be useful also in the future.

Keywords: health promotion, elderly people, welfare work, club activity

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ESPOONLAHDEN SEURAKUNTA OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ.....	8
2.1 Espoonlahden seurakunnan ikäihmiset.....	8
2.2 Ikäihmiset ja diakoniatyö	9
3 TERVEYS	11
3.1 Terveysten edistäminen	13
3.2 Ikäihminen	15
3.2.1 Ikäihmisten terveyden edistäminen.....	16
3.2.2 Ikäihmisten ohjaus ja neuvonta.....	18
3.3 Ikäihmisten terveelliset elämäntavat.....	19
3.3.1 Ravitseminen	20
3.3.2 Liikunta	21
3.3.3 Uni ja lepo.....	22
3.4 Ikäihmisten voimavarat.....	23
3.4.1 Ympäristö voimavarana	24
3.4.2 Sosiaaliset suhteet voimavarana	26
3.4.3 Vapaa-aika voimavarana	28
3.4.4 Eletty elämä voimavarana.....	30
3.5 Hengellisyys ja terveys	31
4 KIRKON VANHUSTYÖSTÄ.....	33
4.1 Diakoninen vanhustyö	34
4.2 Terveysten edistäminen diakoniatyössä.....	35
5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	38
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus	38
5.1.1 Ensimmäinen kerhokerta: terveelliset elämäntavat.....	40

5.1.2 Toinen kerhokerta: omat voimavarat käyttöön	43
5.1.3 Kolmas kerhokerta: hengellisyyden merkitys terveydelle	45
5.2 Palaute ja arviointi	47
6 POHDINTA	50
6.1 Opinnäytetyön eettisyys	50
6.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet	51
6.3 Ammatillinen kasvu	54
LÄHTEET	56
Liite 1. Kerho-ohjelma: Terveelliset elämäntavat	64
Liite 2. Tiivistelmä terveellisistä elämäntavoista.....	65
Liite 3. Kerho-ohjelma: Omat voimavarat käyttöön	67
Liite 4. Kerho-ohjelma: Hengellisyyden merkitys terveydelle	68
Liite 5. Palautekysely Soukan ikäihmisten kerhoihin osallistuneille.....	69
Liite 6. Ikäihmisten antama palaute.....	71

1 JOHDANTO

Diakonia-ammattikorkeakoulu käynnisti vuonna 2011 hankkeen ”Terve sielu terveessä ruumiissa”. Hankkeen tarkoitus on selvittää diakonia-asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita sekä diakonisojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa, laitospäristöissä ja niiden yhteisöverkostoissa. Hankkeen tavoitteena on edistää diakoniseen hoitotyöhön liittyvää kokonaisvaltaista terveyttä seurakunnissa ja laitospäristöissä sekä tuottaa terveyttä edistäviä toimintamalleja lapsiperheille, työikäisille ja ikäihmisille. Hanke toteutetaan yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Oulun Diakonissalaitosten ja eri seurakuntien sekä näiden yhteistyötahojen välillä. (Jantunen & Heikkilä 2010, 1.) Hankkeen rahoittajana on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Diakoniatyön asiakkaista suurella osalla on terveyteen ja sairauteen liittyviä kysymyksiä. Vuonna 2010 diakoniatyöntekijöillä oli yhteensä 615 318 asiakaskontaktia, joista 167 474:ssä tulossyynä olivat sairauteen ja terveyteen liittyvät kysymykset (Suomen ev.lut. kirkko 2010, 101). Siksi terveys ja sairaus on otettu kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyössä esille, ja työtä tällä saralla halutaan kehittää. Diakonissat saavat koulutuksessaan erityiset valmiudet terveyteen liittyviin kysymyksiin ja siksi erityisesti heidän osaamistaan halutaan hyödyntää ja tukea myös seurakunnan työssä.

Opinnäytetyömme on Terve sielu terveessä ruumiissa -hankkeeseen liittyvä toiminnallinen opinnäytetyö. Työelämän yhteistyötahona oli Espoonlahden seurakunta, joka oli hankkeessa mukana kehittääkseen toimintamalleja ikäihmisten terveyden edistämiseksi seurakunnissa. Keväällä 2011 Espoonlahden seurakunnan ikäihmisten ryhmissä suoritettiin kyselytutkimus, jossa selvitettiin ikäihmisten omia toiveita ja tarpeita: haluaisivatko he seurakunnassa järjestettävän terveyttä edistävää toimintaa, ja minkälainen toiminta olisi heille mieluisinta. Tuloksista ilmeni, että ikäihmiset halusivat osallistua seurakunnan toimintaan, jossa käsitellään hengellisyyden lisäksi myös terveyttä, sairauksien ehkäisyä ja toimintakyvyn tukemista (Kotisalo 2011). Suunnittelimme Espoonlahden seurakunnan ikäihmisten kerhoon terveyttä edistävää ohjelmaa. Ohjasimme kerhoa

kolme kertaa. Tarkoituksena oli edistää ikäihmisten terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää terveyttä edistävää kerhotoimintaa Espoonlahden seurakunnalle.

2 ESPOONLAHDEN SEURAKUNTA OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Espoonlahden seurakunta kuuluu Espoon seurakuntayhtymään ja Espoon hiipakuntaan. Espoonlahden seurakunnan toiminta-alueena on koko Suur-Espoonlahden alue. Vuoden 2008 lopussa seurakunnassa oli 34 374 jäsentä, mikä on 69,75 % koko Suur-Espoonlahden alueen väestöstä. Jäsenmäärä on lievästi laskenut useana vuotena peräkkäin. Laskuun on vaikuttanut erityisesti lisääntyvä kirkosta eroaminen. (Espoonlahden seurakunta 2009a, 4–5.)

Espoonlahden seurakunnan toiminta-ajatuksen ydin on, että seurakunnan tehtävänä on sytyttää ihmisten sydämissä usko ja rakkaus. Seurakunnan toiminta perustuu avoimuuteen muutosten keskellä, herkkyyteen kuulla hätää, pyhiin toimituksiin sekä kaikessa toiminnassa näkyvässä olevaan evankeliumiin. Lisäksi seurakunnalla on neljä arvoa, jotka määräytyvät yhteiseen Espoon seurakuntien strategiaan koottujen arvojen pohjalta. Nämä ovat sitoutuminen, armo, oikeudenmukaisuus ja yhteisöllisyys. (Espoonlahden seurakunta 2009a, 6–7.)

Espoonlahden seurakunnan visiona on, että seurakunta toimii perustehtävänsä toteuttaen, etsien ja ulospäin suuntautuen, jotta se tavoittaisi myös Jumalan yhteyden ulkopuolella elävät. Se pyrkii olemaan yhteisöllinen kohtaamispaikka, jotta itselleen sopivaa toimintaa kaipaava ihminen löytäisi sitä seurakunnasta. Seurakunta myös vaikuttaa aktiivisesti heikossa asemassa olevien puolesta ja torjuu syrjäytymistä. Lisäksi seurakunnan toiminnassa kaikilla työaloilla otetaan huomioon ympäristövaikutukset. (Espoonlahden seurakunta 2009a, 10–12, 15, 20.)

2.1 Espoonlahden seurakunnan ikäihmiset

Ikäihmisille on tarjolla monipuolista toimintaa seurakunnassa. Tavallisten seurakunnan toimitusten kuten jumalanpalvelusten lisäksi he voivat liittyä mukaan esimerkiksi kuoroon, ikäihmisten kerhoihin tai vapaaehtoistyöhön. Vapaaehtoistyössä voi osallistua mm. yhteisvastuukeräykseen, erilaisten kerhojen ohjauk-

seen, messujen toteutukseen, myyjäisiin ja talkoisiin osallistumista. Ikäihmiset voivat myös toimia lähimmäispalvelijoina toisille ihmisille. Lisäksi ikäihmisille järjestetään erilaisia tilaisuuksia, retkiä ja juhlia. (Espoonlahden seurakunta i.a.)

Ikäihmisten osuus Suur-Espoonlahden alueella tulee kasvamaan merkittävästi. Vuonna 2008 yli 65-vuotiaita oli 4 817 eli 9,8 % koko Suur-Espoonlahden väestöstä. Vuonna 2015 heidän osuutensa on ennusteen mukaan 14,2 % mikä tarkoittaa 7 527 yli 65-vuotiaasta. Tämä muodostaa haasteita seurakunnan toiminnalle. (Espoonlahden seurakunta 2009a, 4–5.) Ikäihmisten määrän kasvu voi esimerkiksi lisätä kerhojen, tilaisuuksien ja retkien osallistujamäärää. Seurakunnan tulee kehittää toimintaansa niin, että se kykenee tarjoamaan seurakuntansa jäsenille mielekästä toimintaa.

2.2 Ikäihmiset ja diakoniatyö

Espoonlahden diakoniatyön toiminta-ajatus perustuu Kirkkojärjestyksen yleiseen diakonian määritelmään. Perustehtävänä on olla heikoimpien puolella. Kirkkojärjestyksen (4:3) mukaan diakoniatyön tehtävänä on kristilliseen rakkauteen perustuen antaa apua erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta. Lisäksi diakoniatyö pyrkii sytyttämään ihmisten sydämissä uskon, toivon ja rakkauden diakonian keinoin. Diakoniatyössä pyritään kohtaamaan ihminen kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon kaikki elämän osa-alueet ja tukemaan häntä hänen tarpeidensa ja lähtökohtiensa pohjalta. (Espoonlahden seurakunta 2009b, 1.)

Espoonlahden diakoniatyö järjestää ikäihmisille kerhotoimintaa. Ikäihmisten kerhoja on viisi eri puolilla Espoonlahden aluetta. Yksinäisille ja liikuntarajoitteisille ikäihmisille sekä muistihäiriöisille ja heidän omaisilleen järjestetään omaa kerho- ja vertaistukitoimintaa. Myös diakoniatyön järjestämät syntymäpäiväjuhlat ja teematilaisuudet ovat ikäihmisten suosiossa. Vapaaehtoistyössä diakoniatyö tarjoaa ikäihmisille mahdollisuuden toimia esimerkiksi lähimmäispalvelijana, elintarvikejakelussa avustajana tai ikäihmisten kerhoissa vastuuhenkilönä. Monipuolisen toiminnan lisäksi diakoniatyöntekijät kohtaavat ikäihmisiä esimerkiksi

kotikäynneillä ja diakoniatyöntekijän vastaanotolla. (Espoonlahden seurakunta 2012; Espoonlahden seurakunta i.a.)

Espoonlahden seurakunnan diakonisesta vanhustyöstä vastaa yksi diakoniatyöntekijä. Ikäihmisten kerhotoiminnalla on oma vastaava diakoniatyöntekijä. Lisäksi seurakunnassa on diakoniatyöstä vastaava pappi. (Espoonlahden seurakunta 2009b, 15–16.)

3 TERVEYS

Alun perin terveys-sanaa on käytetty kuvaamaan ihmisen kokonaisuutta. Terveyttä on pidetty ihmisen ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana ja kykynä selviytyä tai sopeutua erilaisissa tilanteissa. (Vertio 2003, 15.) Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1948 terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Määritelmää on kritisoitu, sillä täydellisen hyvinvoinnin tilan saavuttaminen on mahdotonta, vaikka siihen voidaankin pyrkiä. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 16; Vertio 2003, 26; Hyyppä & Liikanen 2005, 39.) Terveysten siis katsotaan WHO:n määritelmän mukaan koostuvan kolmesta osatekijästä: fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydestä. Toisinaan terveyden määrittelyyn liitetään vielä ihmisen emotionaalinen ja hengellinen ulottuvuus. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10.)

Luterilaisen kirkon terveyskäsitteeseen perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Sen mukaan terveyteen liittyy fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi hengellinen ulottuvuus. (Teinonen 2007, 32–33; Gothóni & Jantunen 2010, 97.) Ihmisen tulee pitää huolta kehostaan, ihmissuhteistaan sekä suhteestaan Jumalaan vaaliakseen terveyttään (Heikkilä 2011, 8).

Fyysinen terveys tarkoittaa elimistön normaalia ja ongelmatonta toimintaa. Psyykkisellä terveydellä tarkoitetaan ihmisen kykyä käyttää henkisiä voimavarojaan. Sosiaalinen terveys on kykyä muodostaa ja ylläpitää ihmissuhteita. Emotionaalinen terveys taas on kykyä tunnistaa ja hallita tunnetiloja. Hengellinen terveys tarkoittaa mielenrauhaa sekä kykyä olla tyytyväinen itseensä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10.) Terveysten kaikki osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi hengellinen terveys vaikuttaa ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin, henkiseen jaksamiseen ja voimavaroihin, mikä taas vaikuttaa ihmisen terveystietoisuuteen ja fyysiseen terveyteen. (Karvinen 2009, 25.)

Terveys voidaan nähdä myös prosessina eikä tilana. Tällöin terveyttä tulee tarkastella elämänkulun ja -vaiheen näkökulmasta pyrkien havaitsemaan tärkeitä siirtymävaiheita ja kriittisiä ajanjaksoja. Erilaiset terveyden taustatekijät (perimä,

ympäristö, tavat ja tottumukset) painottuvat ja vaihtelevat elämän eri vaiheissa. Terveys prosessina merkitsee myös sitä, että moniin terveydentilan muutoksiin voidaan vaikuttaa, ja että muutokset ovat palautuvia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 22.)

Terveys-käsitettä on vaikea määritellä yksiselitteisesti (Vertio 2003, 27). Terveys ja sairaus eivät ole toisiaan poissulkevia vastakohtia. Ihminen ei ole joko täysin terve tai täysin sairas. (Teinonen 2007, 30.) Terveysteen ja ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat monet tekijät, kuten yksilölliset ratkaisut ja elämäntavat, psyykkinen hyvinvointi, elinympäristö, työolosuhteet sekä yhteiskunnalliset päätökset (Pietilä ym. 2010, 16). Geeniperimän vaikutusta terveyteen ja sairauksien syntyyn on tutkittu jo pitkään. Perimä voi esimerkiksi altistaa joitakin ihmisiä tietyille sairauksille enemmän kuin toisia. Perimän lisäksi terveyteen vaikuttavat muun muassa ympäristö ja elintavat. Joidenkin teorioiden mukaan sikiöaikainen kehitys on tärkein eliniän terveyttä määrittävä tekijä. Sukupuoli vaikuttaa ihmisen terveyteen: esimerkiksi naiset elävät keskimäärin pidempään kuin miehet. (Vertio 2003, 41–42.) Terveys on myös subjektiivinen kokemus. Esimerkiksi hyvin sairas ihminen voi kokea itsensä terveeksi (Pietilä ym. 2010, 16; Vertio 2003, 27).

Terveys on viime vuosina noussut suomalaisten tärkeimmäksi arvoksi (Pietilä ym. 2010, 17). Terveysteen arvostus vaihtelee elämäntulon eri vaiheissa. Terveysttä arvostetaan usein tilanteissa, joissa se on uhattuna. Terveystteen arvostus kasvaa iän myötä, kun terveyden menettämisen todennäköisyys kasvaa. Myös ihmisten kokemus omasta terveydestä vaihtelee. (Vertio 2003, 44.) Vuonna 2009 tehdyssä haastattelututkimuksessa selvitettiin suomalaisten kokemuksia omasta terveydestään. Kaikista vastanneista 73 prosenttia koki terveytensä hyväksi, kun taas huonoksi terveytensä koki noin seitsemän prosenttia vastaajista. Iän myötä koettu terveys heikkeni: yli 65-vuotiaista 13 prosenttia koki terveytensä huonoksi, kun 18–34-vuotiaiden ryhmässä vastaava osuus oli noin kaksi prosenttia. Tutkimuksen mukaan sukupuolten välillä ei ollut merkittäviä eroja terveyden kokemisessa. Sen sijaan havaittiin, että suurempituloiset väestö koki terveytensä keskimääräistä paremmaksi kuin pienituloiset. (Klavirus 2010, 30.)

Tässä opinnäytetyössä käytämme terveyden määrittelynä WHO:n esittämää terveystermiä, jossa terveys koostuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osatekijöistä. Lisäksi kristillisen ihmiskäsityksen pohjalta, jonka mukaan ihminen on hengestä, sielusta ja ruumista muodostuva kokonaisuus (Heikkilä 2011, 8), liitämme terveyteen kiinteästi kuuluvaksi myös ihmisen hengellisyyden.

3.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen käsitettä alettiin käyttää kansainvälisissä keskusteluissa 1980-luvun alussa (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 24). Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, jolloin myös terveyden edistäminen sisältää kaikki nämä osa-alueet (Vertio 2003, 26; WHO 2009, 1).

Maailman terveysjärjestö WHO järjesti ensimmäisen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin vuonna 1986. Terveyden edistäminen määriteltiin tuolloin toiminnaksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisen mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. (Vertio 2003, 29–30; Pietilä ym. 2010, 16; WHO 2009, 1; WHO 2005, 3.) Tarkoituksena oli myös jakaa terveyden edistämisen vastuuta koko yhteiskunnalle. Ennen 1980-lukua terveydenhuollon ajateltiin olevan pääasiassa terveystalouden vastuulla, mutta WHO:n määritelmissä kansalaisten terveyden suojeleminen, ylläpitäminen ja edistäminen nähtiin kaikkien yhteiskunnan osa-alueiden tehtäväksi. (WHO 2009, 1–8; WHO 2005, 3–5.) Terveyden edistämisen voidaan sanoa olevan myös tietoista vaikuttamista väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Se on kaikkea sitä toimintaa, jolla lisätään terveyttä ja toimintakykyä, ehkäistään sairauksia ja tapaturmia sekä vähennetään eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Muurinen 2008, 24.)

Terveyden edistäminen jaetaan yleensä kahteen osa-alueeseen: promotiiviseen ja preventiiviseen terveyden edistämiseen. Promotiivinen terveyden edistäminen perustuu positiiviseen terveystalouteen. Toiminta on voimavaroiltaan ja sen pyrkimyksenä on luoda esimerkiksi yhteiskuntapolitiikan avulla sellaisia

elinoloja ja kokemuksia, jotka tukevat ja auttavat yksilöä ja yhteisöä selviytymään. Promootiolla pyritään vaikuttamaan ennen sairauksien tai ongelmien ilmaantumista tarjoamalla mahdollisuuksia terveydestä huolehtimiseen ja sen ylläpitämiseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13; Liimatainen 2007, 33.) Promootiossa halutaan siis vaikuttaa niihin tekijöihin, jotka pitävät yllä yksilön ja yhteiskunnan terveyttä. Nämä tekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi terveelliset elämäntavat, myönteinen asenne elämään sekä hyvät ihmissuhdetaidot. Ulkoisia tekijöitä ovat mm. hyvä sosiaalinen verkosto, turvallinen ympäristö, toimivat julkiset palvelut sekä taloudellinen perustoimeentulo. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 14.)

Preventio on ongelmalähtöinen lähestymistapa, jossa keskitytään sairauksien ehkäisyyn. Se sisältää kolme eri astetta: primaari-, sekundaari- ja tertiaariprevention. Primaaripreventiossa pyritään sairauksien ennaltaehkäisyyn (esim. terveystseuvonta, rokotteet). Sekundaaripreventio keskittyy estämään sairauden pahenemista mm. järjestämällä hyvää hoitoa. Tertiaariprevention on tarkoitus lisätä toimintakykyisyyttä ja vähentää jo olemassa olevan sairauden haittoja (kuntoutus, kivunhoito). (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15; Liimatainen 2007, 32–33; Häkkinen 2002, 14–15.) Terveysten edistämisen promotiivista näkökulmaa korostetaan, mutta käytännössä terveyden edistäminen muotoutuu yleensä preventiiviseksi toiminnaksi (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 38).

Terveysten edistämisen ja ehkäisevän toiminnan merkitys on viime vuosina korostunut Suomen terveystpolitiikassa. 2000-luvun alussa käynnistettiin useampia väestön terveyden edistämiseen ja terveystkäyttymiseen liittyviä kansanterveysohjelmia. (Klavus 2010, 28.) Esimerkiksi Sosiaali- ja terveystministeriön laatiman Terveyst 2015 -kansanterveysohjelman pääpaino on terveyden edistämisessä. Ohjelman tavoitteet kohdentuvat eri elämäntulun vaiheissa ilmentyvien keskeisten kansanterveydellisten ongelmien korjaamiseen. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2001, 3.) Terveystdenhuoltolaki velvoittaa kuntia seuraamaan asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Kuntien tulee määritellä terveyden edistämisen tavoitteet sekä tavoitteiden saavuttamiseksi tehtävät toimenpiteet. Asukkaiden terveyttä ja terveyttä edistävien toimenpiteiden onnistumista tulee vuosittain arvioida. (Terveystdenhuoltolaki 2:12.)

3.2 Ikäihminen

Vanhuus on elämänvaihe, jonka alkamisajankohdasta on erilaisia näkemyksiä. Jos määrittelyssä käytetään biologisia perusteluja, katsotaan vanhuuden alkavan 75 vuoden iässä, sillä tässä ikävaiheessa ihmisen elintoiminnot ja toimintakyky alkavat merkittävästi heiketä. (Helminen & Karisto 2005, 15.) Vanhus-käsitteen perusteluna ei nykyään juurikaan käytetä biologisia vanhenemismuutoksia, sillä ne tunnetaan vain osittain. Biologista perustelua vältetään myös eettisistä syistä, sillä biologinen ja biolääketieteellinen näkemys korostavat vanhuutta ongelmien ja sairauksien näkökulmasta. (Lipponen 2004, 23; Koskinen 2004, 36.) Sen sijaan vanhus-käsite rajataan tavallisesti kalenteri-ian perusteella. Suomessa tämä ikä on 65 vuotta, jolloin ihminen saavuttaa niin kutsutun eläkeiän (Lipponen 2004, 23).

Sekä luonnontieteellinen että kalenteri-ikään perustuva näkemys vanhuudesta jättävät huomiotta ihmisen oman kokemuksen ikääntymisestään (Hakonen 2008a, 36). Vanhenemisprosessi ja sen kokeminen ovat yksilöllisiä (Backman 2001, 21). Ikääntyvien omat kokemukset asettavatkin haasteensa vanhuuden määrittelylle. Heikkinen (2004, 161) kirjoittaa ikääntyvien kokevan itsensä vanhoiksi vasta 85 ikävuoden paikkeilla. Tämä liittyy ikääntymisen kulttuurin uudistumiseen. Yhteiskunnassa on ollut vallalla vanhuskäsitys, jota ovat leimanneet stereotyyppisyys ja kielteisyys. Vanhuus on nähty ajanjaksona, jossa raihnaisuus, sairaus ja kuolema yhdistyvät. Tästä syystä myös vanhus-nimitys kantaa negatiivista leimaa. Kysyttäessä ikäihmisiltä itseltään sopivaa nimitystä he ovat ehdottaneet sanoja seniorikansalainen, ikääntynyt ihminen, ikäihminen ja eläkeläinen. (Hakonen 2008b, 153.)

Tässä opinnäytetyössä käytämme vanhuuden määrittelynä 65 vuoden ikää, sillä seurakunnan ikäihmisten kerhoihin voivat osallistua kaikki eläkeikäiset alueen ikäihmiset. Käytämme työssämme vanhus-nimityksen sijaan nimitystä ikäihmiset, sillä haluamme välttää mahdollisia vanhus-nimityksen aiheuttamia negatiivisia mielleyhtymiä.

3.2.1 Ikäihmisten terveyden edistäminen

Terveys kuuluu ikäihmisten perusoikeuksiin. Terveys on tärkein elämäntyytyväisyyteen ja elämänlaatuun sekä ikäihmisten itsenäiseen elämään vaikuttava tekijä. Poliittisia syitä ikäihmisten terveyden edistämiseksi ovat lisäksi talouteen liittyvät tekijät: pyritään vähentämään varhaiseläkkeille siirtymisiä sekä keventämään terveydenhuollon kustannuksia. (Lis, Reichert, Cosack, Billings & Brown 2008, 7.) On ennustettu, että Suomessa eläkeikäisten määrä nousee 56 prosenttia vuosina 2004–2020. Terveys- ja vanhustenhuoltopalvelujen tarve kasvaa samassa suhteessa, jos iäkkäiden terveys, sairastavuus ja toimintakyky säilyvät nykyisellään. Tämän vuoksi on tärkeää kehittää toimintamuotoja, joilla tuetaan ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja hyvää elämää. (Kattainen 2010, 191, 196.)

Ikäihmisten terveyden edistäminen luokitellaan usein promotiiviseksi toiminnaksi, joka keskittyy ehkäisyyn, kuntoutukseen ja tukipalveluihin. Promotiivisen toiminnan on tarkoitus lisätä aktiivisuutta, osallistumista ja viihtyvyyttä ja siten kerryttää ikäihmisen ”toimintakykyvarantoa”. (Rantanen 2008, 410.) Ennaltaehkäisevä toiminta on tärkeää aloittaa ajoissa ennen kuin ikäihmisen toimintakyky on selvästi alentunut. Ikäihmisen itsetuntoa on tuettava myös silloin, kun hänen kuntonsa on jo heikentynyt. (Häkkinen 2002, 14.)

Ikäihmisten terveyden edistämistä ohjaavat erilaiset strategiat, ohjelmat, tavoitteet ja suositukset kuten sosiaali- ja terveysministeriön laatimat tavoite- ja toimintaohjelmat ja kuntien hyvinvointistrategiat (Liimatainen 2007, 34). Esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena ikäihmisten kohdalla on, että ”yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan”. Tavoitteen saavuttamiseen pyritään esimerkiksi vähentämällä ennakkoluuloja ja ikäsyrijintää, sillä huono sosiaalinen asema vaikuttaa toimintakykyä heikentävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15, 26.) Terveysministeriö (2001) ikäihmisten terveyden edistämisen keinoiksi määritteli neuvontapalvelut. Niihin sisältyvät terveellisiin elämäntapoihin tähtäävän neuvonnan lisäksi esimerkiksi terveyden ongelmien aikainen havaitseminen ja niihin liittyvä tuki sekä lääkehoitoon liittyvä

ohjaus. Ikäihmisille tulisi järjestää myös terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja kotikäyntejä.

Ikäihmisten terveyden edistämisessä keskeistä on näkemys terveydestä ja toimintakyvystä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Fyysisyyteen liittyvät elintoiminnot ja fyysinen toimintakyky. Psyykkisyys sisältää kognitiiviset toiminnot ja mielialat. Sosiaalinen toimintakyky määrittää yksilön ja ympäristön väliseksi vuorovaikutukseksi, johon sisältyvät mm. harrastukset, ystävyyssuhteet ja kyky solmia uusia ihmissuhteita. (Kattainen 2010, 198–199; Lyyra 2007, 21; Häkkinen & Holma 2004, 11–12.) Eläkkeelle jäävät ovat nykyisin parempikuntoisia aiempiin sukupolviin verrattuna, mutta toimintakyvyn heikkeneminen nopeutuu 75 ja erityisesti 80 vuoden iässä (Häkkinen & Holma 2004, 11).

Ikäihmisten kohdalla politiikkaohjelmassa painotetaan sosiaalista turvallisuutta sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Näiden hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden kannalta pidetään tärkeinä sosiaalisia verkostoja, mahdollisuutta mielekkääseen tekemiseen sekä omien voimavarojen käyttöä. (Muurinen 2008, 24.) Suomen ikääntymispolitiikan ja vanhustenhuollon tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikäihminen voisi elää itsenäisesti tai palvelujen turvin omassa kodissaan, tutussa asuinympäristössään sekä läheistensä ja sosiaalisten verkostojensa keskuudessa. Avaintekijöitä kotona selviytymiselle ovat esimerkiksi liikuntakyky, muistitoiminnot, kokemus hyvästä olostä ja turvallisuudesta sekä tarvittaessa riittävien ja ammattitaitoisten kotihoitopalvelujen järjestäminen. (Häkkinen & Holma 2004, 9–10, 14; Vaarama ym. 2001, 7; Voutilainen & Kaskiharju 2007, 18, 23.) Kunnallisissa vanhuspoliittisissa strategioissa ikäihmisten toimintakyvyn parantamisen keinoiksi on mainittu mm. ikäihmisten liikunta- ja ulkoilumahdollisuuksien kehittäminen ja parantaminen, erilaisiin harrastuksiin osallistumisen mahdollistaminen, kulttuuritapahtumien järjestäminen ja kulttuuri-tilojen kuten kirjastojen, museoiden ja teatterien kehittäminen (Voutilainen & Kaskiharju 2007, 24).

3.2.2 Ikäihmisten ohjaus ja neuvonta

Yleensä terveyttä edistävän neuvonnan tavoitteena on ollut muuttaa ihmisten elintapoja terveellisemmiksi ja neuvontaan on liittynyt usein syyllistäminen. Ikäihmisten neuvonnan pääpainona on kuitenkin terveyskäyttäytymisen ja sen muutosten sijasta ennemminkin laajempi terveyden, hyvinvoinnin, elämänlaadun ja turvallisuuden edistäminen. Neuvonnan tavoitteena on tarjota ikäihmiselle tarvittava tieto niin, että hän voi itsenäisesti tehdä tietoisien valintojen, joka perustuu hänen omiin näkemyksiinsä sekä saatuun luotettavaan tietoon. (Salmela & Matilainen 2007, 230.)

Ikäihmisten terveyttä voidaan edistää neuvonnalla. Neuvonnan tarkoitus on edistää ja ylläpitää ikäihmisen terveyttä ja toimintakykyä. Neuvonnassa oleellista on paitsi hyvä asiasisältö myös vuorovaikutuksen kehityskulku eli läpikäytävä prosessi. (Salmela & Matilainen 2007, 218.) Neuvontatapaa ja terveyden edistämisen keinoja valittaessa on hyvä muistaa, että ikäihmiset eivät ole homogeeninen ryhmä, vaan heidän lähtökohtansa, toiveensa ja tarpeensa ovat erilaisia (Lis ym. 2008, 10).

Neuvontaa voi toteuttaa erilaisista lähtökohdista käsin. Asiantuntijalähtöisyydessä ammattilainen on tärkeässä roolissa ja puhuu paljon. Hänen tehtävänsä on siirtää tietoa vastaanottajille. (Salmela & Matilainen 2007, 218; Poskiparta, Liimatainen, Kettunen & Karhila 2001, 71–72.) Asiakaslähtöisyys sen sijaan korostaa ihmisen roolia oman elämänsä asiantuntijana. Tärkeää on ammattilaisen rooli kuuntelijana ja asiakkaan rooli puhujana ja kertojana. Asiakaslähtöisyydessä ammattilaiselta vaaditaan hyvää kuuntelutaitoa ja taitoa esittää kysymyksiä. Dialogisuus perustuu osittain asiakaslähtöisyyden ajatukselle, mutta siinä myös ammattilainen on osin puhujan roolissa ja myös hänellä on oikeus tulla kuulluksi. Ikäihmisen ja ammattilaisen välillä vallitsee tasa-arvo, ja keskustelussa tiedon on tarkoitus siirtyä molempiin suuntiin. (Salmela & Matilainen 2007, 218–220.)

Neuvonta voi olla myös voimavaralähtöistä, jolloin lähtökohtana on yhteistyösuhte ja tasavertaisuus, joka rohkaisee asiakasta osallistumaan keskuste-

luun. Voimavaralähtöinen neuvonta on hyvä aloittaa niitä näitä keskustelemalla sekä tarjoamalla asiakkaalle mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavia asioita heti keskustelun alussa. Keskustelun sävyn ei tulisi olla liian muodollinen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006, 160, 163; Poskiparta ym. 2001, 73.)

Voimavaralähtöinen neuvonta on prosessi, jonka aikana ikäihmistä ohjataan tunnistamaan omia arvojaan, asenteitaan ja toimintamallejaan. Voimavaralähtöisessä neuvonnassa tavoite on, että ihmisellä on tunne oman elämänsä hallinnasta. Avoin ja rehellinen keskustelu antaa vapauden valita myös sen vaihtoehdon, joka ammattilaisen näkökulmasta on epäedullinen. (Salmela & Matilainen 2007, 222–223; Kettunen ym. 2006, 160.) Ammattilaisen tehtäväksi jää varmistaa, että ikäihmisen tekemät päätökset on tehty oikeaan tietoon perustuen ja tietoisena niiden mahdollisista vaikutuksista. Voidaankin sanoa, että voimavarakeskeisen neuvonnan päätavoite on terveyttä edistävien muutosten toteutumisen sijaan näiden muutosten mahdollistaminen. (Salmela & Matilainen 2007, 223.)

3.3 Ikäihmisten terveelliset elämäntavat

Tutkiessaan ikäihmisten terveyttä ja elämäntapoja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2012) keskittyy ravitsemukseen, liikuntaan sekä alkoholin ja tupakan käyttöön. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme ravitsemusta ja liikuntaa, sillä ne koskettavat jokaista ikäihmistä. Alkoholin liikakäyttö on lisääntyvä ongelma myös ikäihmisten keskuudessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Emme kuitenkaan käsittele päihteitä, koska seurakunnan kerhossa aihe voisi herättää ristiriitaisia tunteita. Terveyttä ja sairautta käsittelevissä geriatrian kirjoissa käsiteltiin ravitsemuksen ja liikunnan lisäksi muun muassa ikäihmisten unta ja lepoa, joten tässä opinnäytetyössä kolmantena osa-alueena ikäihmisten terveellisiin elämäntapoihin on uni ja lepo.

3.3.1 Ravitseminen

Hyvä ravitsemustila ylläpitää toimintakykyä ja ehkäisee sairauksia. Ikääntyessä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset voivat johtaa ravitsemusongelmiin. Juuri eläkkeelle jääneiden ikäihmisten keskuudessa ylipaino on tavallista, koska fyysinen aktiivisuus voi vähentyä eläkkeelle jäätyä ja energiantarve pienenee, kun taas ruokailutottumukset voivat säilyä ennallaan. Sen sijaan iän karttuessa ja mahdollisesti sairauksien seurauksena ruokahalu usein heikkenee, ja paino voi laskea vähäisen ravinnon takia. (Suominen & Pitkälä 2010, 350.) Ruokahalun heikentyminen voi johtua esimerkiksi nälän ja janon tunteen heikentymisestä tai haju- ja makuaistimuksen muutoksista. Ruokahaluun vaikuttavat myös psyykkiset (masennus, dementia) ja sosiaaliset (köyhyys, yksinäisyys) syyt. Jotkin lääkkeet voivat vaikuttaa makuaistiin tai ruokahaluun. Suun ja hampaiden ongelmat vaikeuttavat puremista ja syömistä. (Suominen 2008, 479; Eloranta & Punkanen 2008, 43.)

Ikäihmisten yleisimmät ravitsemusongelmat ovat virhe- ja aliravitseminen. Aliravitsemuksessa energian ja ravintoaineiden saanti on pienempi kuin niiden tarve. Virheravitsemuksessa ruoan energiamäärä on riittävä, mutta siitä saadut suoja- ja ravintoaineet eivät vastaa ikäihmisen päivittäisiä tarpeita. (Eloranta & Punkanen 2008, 46.) Ikäihmisillä tavallisimpia ravitsemusongelmia ovatkin liian vähäinen energiansaanti, vähäinen nesteensaanti, yksipuolinen ruokavalio sekä vitamiinien, proteiinin, kuidun ja hivenaineiden puutokset (Suominen & Pitkälä 2010, 352). Ravitsemusongelmat, erityisesti vitamiinien niukka saanti, heikentävät ikäihmisten immuuniteettijärjestelmää ja lisäävät infektioriskiä (Suominen & Pitkälä 2010, 352; Räihä 2005, 316).

Ylipaino on yleistä eläkeikään tultaessa. Huomattava ylipaino lisää erityisesti sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ja nivelrikon riskiä. Lievästi kohonut painoindeksi on kuitenkin ikäihmisillä paremman terveyden merkki, sillä iäkkäänä laihtuminen johtuu yleensä sairauksista ja yleisesti huonosta terveydentilasta. (Räihä 2005, 323.) Aikuisten normaali painoindeksi on 20–25, mutta ikäihmisillä suositeltava painoindeksi on 25–30 (Suominen & Pitkälä 2010, 354). Ikäihmisten lihavuutta hoidetaan lähinnä silloin, jos painoindeksi on hyvin kor-

kea tai siihen liittyy diabetes, korkea verenpaine tai vakava alaraajojen nivelriikko (Räihä 2005, 324).

Ruuan tärkeimmät ominaisuudet ovat maku, rakenne ja ulkonäkö (Suominen 2008, 480). Ruuan makua voi lisätä esimerkiksi käyttämällä hieman enemmän suolaa ja rasvaa, jos makuaistimus on ikääntymisen seurauksena heikentynyt. Mikäli syöty ruokamäärä jää pieneksi, ei kevyttuotteiden käyttö ole suositeltavaa vaan tarvittavan energiamäärän saamista turvataan suuremmilla ruuan rasva- ja energiapitoisuuksilla. (Eloranta & Punkanen 2008, 51.)

Energiatarpeen tyydyttämisen lisäksi ruoka ja ruokailu tuottavat psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää. Ruuan hankkiminen ja valmistaminen lisäävät liikkumista ja ylläpitävät vuorokausirytmia. (Suominen 2008, 480.)

3.3.2 Liikunta

Ikäihmisten liikunnan tavoitteena on tukea ja edistää terveyttä ja toimintakykyä, ennaltaehkäistä sairauksia, korjata ja hoitaa jo syntyneitä toimintakyvyn alenemisiä sekä tarjota ikäihmisille mielekästä toimintaa, myönteisiä kokemuksia, yhdessäoloa ja sosiaalista kanssakäymistä (Karvinen 2002, 173, 175–176). Suomalaisista 65–74-vuotiaista yli 60 % harrastaa liikuntaa suositusten mukaisesti vähintään neljä kertaa viikossa puolen tunnin ajan. Liikunnan harrastaminen lisääntyy eläkkeelle siirtymisen alkuvaiheessa ja vähenee selvästi vasta 75–80 vuoden iässä. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2008, 458, 460; Karvinen 2002, 171.)

Liikunta vaikuttaa monin tavoin myönteisesti ikäihmisten terveyteen ja toimintakykyyn. Aktiivinen liikkuminen tukee fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Hirvensalo ym. 2008, 458.) Liikunta parantaa liikkumiskykyä, lisää elämän tyytyväisyyttä sekä parantaa subjektiivista kokemusta terveydentilasta ja elämän tarkoituksellisuudesta. Lisäksi liikunta ehkäisee sairauksia, kuten osteoporoosia, sydän- ja verisuonisairauksia, dementiaa sekä diabetesta. (Eloranta & Punkanen 2008, 64; Häkkinen & Holma 2004, 14; Huoltoliitto 2005, 13.)

Liikunta vaikuttaa positiivisesti myös aivotoimintaan vilkastuttaen sitä. Erilaisella liikunnalla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia erityisesti muistiin sekä toiminnan ohjaukseen kuten toiminnan suunnitteluun ja kontrollointiin. (Suutama & Ruoppila 2007, 125.)

Ikäihmisten liikuntaohjelmien tulisi sisältää kestävyyttä, voimaa, tasapainoa ja liikkuvuutta kehittäviä harjoituksia (Hirvensalo & Leinonen 2007, 235). Riittävä liikunta suojaa ikäihmisiä kaatumistapaturmilta ja lonkkamurtumilta. Erityisesti lihasvoimaa ja tasapainoa kehittävien harjoitusten on todettu vähentävän ikäihmisten kaatumisia. (Eloranta & Punkanen 2008, 71.)

Liikunnan harrastamisen aktiivisuuteen vaikuttavat monet tekijät. Nuoruuden ja keski-ikäisen liikuntaharrastukset, hyväksi koettu terveydentila ja mahdollisuus valita itselleen sopiva liikuntamuoto ovat yhteydessä aktiiviseen liikkumiseen. Raitis ilma, virkistyminen, rentoutuminen ja ystävien tapaaminen motivoivat liikkumaan. Ikäihmisten keskuudessa suosituimpia liikuntamuotoja ovat olleet käveleminen, ohjattu ryhmäliikunta ja kotivoimistelu. Arkiliikunta, kuten puutarhanhoito, asioilla käynti kävellen, marjastus, sienestys, siivous ja puiden pilkkominen ovat myös tärkeitä ikäihmisten liikkumisen muotoja. (Hirvensalo ym. 2008, 459–461, 464; Karvinen 2002, 171–172.)

Monet ikäihmiset saavat sekä kehoituksia että varoituksia liikunnan suhteen. Liiallinen varoittelu voi saada ikäihmisen vähentämään päivittäistä liikuntaansa merkittävästi. Liikunnan vaaratekijät tulee huomioida, mutta turhaa varoittelua tulee välttää. (Hirvensalo & Leinonen 2007, 237.)

3.3.3 Uni ja lepo

Unella on suuri merkitys terveydelle ja toimintakyvylle, sillä unessa elimistön fyysinen väsymys poistuu ja toimintakyky palautuu. Riittävä uni virkistää mieltä ja nostaa mielialaa. Univaje lisää väsymyksen tunnetta, laskee mielialaa, aiheuttaa esimerkiksi päänsärkyä ja lihaskipuja, heikentää toimintakykyä ja muistia sekä altistaa tapaturmille. (Eloranta & Punkanen 2008, 53.)

Univaihteita on kaksi: perusuni, jolloin aivot ja elimistö lepäävät, sekä kevyempi REM-uni, jolloin aivot käyvät läpi menneitä tapahtumia, purkavat paineita ja stressiä sekä järjestelevät muistikuvia. Nämä vaiheet vuorottelevat yön aikana. (Eloranta & Punkanen 2008, 53.)

Unen rakenteen muutokset alkavat noin 60. ikävuodesta alkaen (Kivelä 2008, 369). Ikääntyessä unen tarve ei vähene, mutta nukahtamisvaihe pitenee, uni kevenee ja muuttuu pinnalliseksi, ja yön aikana on useita lyhytkestoisia heräämisiä. Nämä lisäävät päiväaikaista väsymystä, jonka vuoksi päivätorkkahtelut ovat tavallisia ikäihmisille. Päiväunien tarvetta lisää myös se, että ikäihmisten on nuoria vaikeampaa ylläpitää yhtäjaksoista valvetilaa useiden tuntien ajan. Pitkät päiväunet taas lyhentävät tarvittavan yön määrää. Ikäihmiset kokevat usein unen laadun huonoksi, vaikka unen muutokset ovat normaaleja ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä. (Eloranta & Punkanen 2008, 53; Kivelä 2008, 369–370.)

Koska ikäihmisten uni on pinnallisempaa kuin keski-ikäisten, he heräävät herkemmin. Unta häiritsevät esimerkiksi melu, vähäinen liikkuminen päivän aikana, illalla nautittu kofeiini tai alkoholi, yöllinen virtsaamistarve, stressi, säryt ja kivut tai jotkin lääkitykset. Unen laatuun voi vaikuttaa välttämällä sängyssä makailua päivällä, oleskelemalla ja liikkumalla ulkona päivän aikana, välttämällä unta heikentäviä tekijöitä illan aikana, menemällä vuoteeseen vasta väsyneenä ja heräämällä aamuisin suunnilleen samaan aikaan. Päiväunia ei suositella nukuttavan kello 18 jälkeen. (Kivelä 2008, 371–373.)

3.4 Ikäihmisten voimavarat

Ihmisen voimavarat liittyvät siihen, miten hän ottaa vastaan elämän erilaiset tilanteet ja selviytyy elämän haasteista (Heikkinen 2002, 207; Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006, 13). Voimavarat vaikuttavat siihen, miten haavoittuvainen, aggressiivinen tai iloinen ihminen on, miten helposti hän väsyy ja antaa periksi tai miten peräänantamattomasti hän toimii. Voimavarat koostuvat monista eri tekijöistä ja niitä rakennetaan koko elämän ajan. Elämän kokemukset, perhe- ja ystävyssuhteet, kasvatus, geeniperimä, oma persoonallisuus

sekä yhteiskunta vaikuttavat joko voimavaroja vähentäen tai kartuttaen. (Heikkinen 2002, 226, 229–230.)

Voimavarojen pääkategorioita ovat fyysinen, psyykkinen ja henkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, palvelut ja yhteistyösuhteet, mielekäs tekeminen, ympäristö ja taloudelliset tekijät. Voimavarat voivat olla tiedostamattomina piilossa. Niiden tunnistaminen ja tiedostaminen mahdollistavat niiden käyttöönoton. (Hokkanen ym. 2006, 12–13.) Kun ikäihmisellä on voimavaroja, on hänen elämänsä laadukasta. Voimavarojen kautta lähestytään ikääntymistä positiivisesta näkökulmasta ottaen huomioon ikääntyneen psykososiaalisuus. Voimavaralähestymisen kautta pyritään tekemään oikeutta ikääntyneen elämäkokemukselle ja hiljaiselle tiedolle. Voimavarat ymmärretään fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja ympäristöllisinä. (Hakonen 2008c, 122.)

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme ympäristöä, sosiaalisia suhteita, vapaa-aikaa eli mielekästä tekemistä sekä elettyä elämää voimavaroina. Ne koskettavat mahdollisimman monta ikäihmistä ja ovat heille tärkeitä voimavaroja.

3.4.1 Ympäristö voimavarana

Ympäristöä voidaan tarkastella terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua tuottavana (Voutilainen & Kaskiharju 2007, 26; Hyypä & Liikanen 2005, 155). Ihmisen ja ympäristön suhdetta kuvataan usein vastavuoroiseksi, dynaamiseksi ja vaihtelevaksi (Pikkarainen 2007b, 43). Ihminen vaikuttaa ympärillään olevaan ja on samalla sen vaikutuksen alaisena (Talvenheimo-Pesu 2009, 52–53). Ihminen on aina osa ympäristöään ja hän samaistuu paikkaan ja luontoon, yleensä koko ympäröivään biosfääriin. On siis merkityksellistä, millaisessa ympäristössä ihminen elää. (Pikkarainen 2007b, 58.)

Ympäristöstä voidaan erottaa mikroympäristö ja makroympäristö. Mikroympäristö käsittää kodin, naapuruston sekä muun lähiympäristön. Makroympäristö puolestaan käsittää yhteisön, yhteiskunnan sekä palvelu- ja toimintaympäristön.

Molemmat ympäristöt ovat rakenteellisia, sosiaalisia, koettuja ja elettyjä kokonaisuuksia. (Hakonen 2008c, 147.)

Mikroympäristöstä koti on erityisen tärkeä (Hakonen 2008c, 148; Hokkanen ym. 2006, 18). Sen tulisi täyttää asukkaansa tilan tarve sekä varustuksensa puolesta asumismukavuuden tarpeet. On tärkeää, että arki sujuu kotona. Tämä korostuu asukkaan ikääntymisen myötä ja erityisesti liikkumisen helppous tuo turvallisuutta. Toinen kodin tärkeä ominaisuus ja elämänlaatua tuottava tekijä on, että sieltä on mahdollista päästä ulos ja niin sanotusti ”ihmisten ilmoille”. Kodin ja lähiympäristön tulisi mahdollistaa yhteyden säilyminen toisiin ihmisiin. (Hakonen 2008c, 148.)

Asumisympäristö ja paikallisidentiteetti ovat erityisesti ikäihmiselle merkityksellisiä. Kylä tai kaupunginosa toimii yksilöllisenä voimavarana, sillä siihen liittyy muistoja ja tunteita, jotka lisäävät ympäristön ennustettavuutta ja turvallisuutta. Kotona asuminen on osa paikallisidentiteettiä ja yleinen käsitys on, että kodin merkitys on erityisen suuri juuri ikäihmisille. Ikäihmiset itse perustelevat kotona asumisen tärkeyttä mm. kokemuksella vapaudesta ja itsemääräämisestä, oman elämän hallinnasta, turvallisuudesta sekä kokemuksella tasavertaisuudesta avunantajien kanssa. (Koskinen 2004, 71.)

Ympäristön luontoelementtien tärkeyttä painotetaan, sillä luonnon on havaittu laukaisevan stressiä, alentavan jännittyneisyyttä, verenpainetta sekä sydämen sykettä (Pikkarainen 2007b, 58; Mikkola 2005, 115; Hyyppä & Liikanen 2005, 157). Monelle ikäihmiselle luonto symboloi elämää ja tulevaisuutta ja luo toivoa (Lipponen 2004, 26). Luonnon ei tarvitse olla vain läheinen lenkkipolku, vaan sen voi tuoda myös sisälle kasvien kasvattamisen muodossa. Kasvien kasvataminen ja niistä huolehtiminen tuovat pätevyyttä omista kasvattajan taidoista sekä esteettisiä ja emotionaalisia kokemuksia. Lisäksi kasvit antavat kokemuksen elämänkulun ja ajan jatkuvuudesta. (Hakonen 2008c, 152.)

Ikäihmisten kohdalla korostetaan esteettömän ympäristön merkitystä. Kansainvälisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaan esteetön ympäristö tarkoittaa ympäristöä, jossa jokainen

kansalainen rajoituksistaan huolimatta voi selvitä mahdollisimman itsenäisesti. (Pikkarainen 2007b, 46.) Esteettömyys, asuinympäristön toimivuus sekä lähiympäristön tarjoamat palvelut lisäävät ikäihmisten kotona asumisen mahdollisuutta (Voutilainen & Kaskiharju 2007, 26). Ympäristö ja sen tarjoamat mahdollisuudet voivat innostaa ikäihmistä toimimaan tai pahemmassa tapauksessa rajoittaa toimintaa ja siten lisätä kokemusta avuttomuudesta ja oman elämän hallitsemattomuudesta. Tavoitteena tulisi olla selkeästi jäsentynyt, esteetön ja toimiva ympäristö, joka mahdollistaa ikäihmisen omien voimavarojen käytön. (Ahola 2009, 63.) Terveyttä edistävä ympäristö on esteettömyyden lisäksi turvallinen, viihtyisä ja sosiaalista hyvinvointia edistävä (Pikkarainen 2007b, 66). Ympäristön on todettu tukevan suoriutumista ja auttavan merkitysten muodostamisessa. Siksi on tärkeää, että ihmisen ympäristö tarjoaa hänelle riittävästi virikkeitä ja aistikokemuksia (Talvenheimo-Pesu 2009, 52–53).

Erityisesti kaupungissa ympäristöön ja sen toimivuuteen vaikuttavat kaavoitus ja kaupunkisuunnittelu (Ruonakoski ym. 2005, 19). Ikäihmiset tulisi ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja suunnittelussa kuten asumis-, liikenne- ja palvelusuunnitteluissa, koska nämä vaikuttavat heidän elämäänsä ja hyvinvointiinsa. Hyvin suunniteltu elinympäristö turvaa ikäihmiselle itsenäisen elämän ja toimintakyvyn säilymisen sekä vähentää erityispalvelujen tarvetta. (Häkkinen & Holma 2004, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 26; Vaarama ym. 2001, 9.)

3.4.2 Sosiaaliset suhteet voimavarana

Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan ihmissuhteiden kokonaisuutta. Sosiaalisilla suhteilla on ikääntyessä minuutta ylläpitävä vaikutus. Lisäksi sosiaalisuutta pidetään myönteisenä ja voimaannuttavana. Voimaannuttavan ihmissuhteen piirteitä ovat vastavuoroisuus ja tasavertaisuus. Vastavuoroisessa ihmissuhteessa molemmat osapuolet antavat ja saavat. Vastavuoroisuus voi toteutua eri aikoina, esimerkiksi lapset voivat huolehtia ikääntyneistä vanhemmistaan, jotka taas ovat aikanaan pitäneet huolta lapsista kun nämä olivat pieniä. (Hakonen 2008c, 136–137.)

Vuorovaikutus toisen ihmisen kanssa on tärkeää, sillä ihmisen perustarpeisiin kuuluu saada ja antaa huolenpitoa ja turvaa. Toimivat sosiaaliset suhteet edistävät psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia ja jokapäiväisistä toimista selviytymistä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70; Huoltoliitto 2005, 12.) Sosiaaliset suhteet tukevat sosiaalista selviytymistä ja vastavuoroisesti selviytyminen sosiaalisista tehtävistä tukee sosiaalisen verkoston säilymistä (Eloranta & Punkanen 2008, 136).

Sosiaalisten suhteiden rakenteissa ovat tärkeitä suhteiden määrä, verkoston koko sekä läheisten ihmisten maantieteellinen etäisyys (Hakonen 2008c, 136). Ikäihmisen sosiaalisen verkoston koon on todettu olevan noin 5-7 henkilöä, joka koostuu esimerkiksi samassa taloudessa elävistä perheenjäsenistä, muualla asuvista sukulaisista sekä muista ystävistä ja tuttavista (Tiikkainen & Lyyra 2007, 71; Eloranta & Punkanen 2008, 136).

Sosiaalisen verkoston toimivuus ja suhteitten laatu määrittävät sen, vaikuttavatko suhteet elämään positiivisesti vai negatiivisesti. Sosiaalinen verkosto vaikuttaa myös terveyteen mm. psykologisten mekanismien kautta: itsetunto, sosiaalinen kyvykyys, masentuneisuus, ahdistus ja psyykkinen hyvinvointi vaikuttavat terveyteen ja sen kokemiseen. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 71, 75.) Ikäihmiselle on tärkeää saada ympäristöltään arvostusta, sillä itsensä tarpeelliseksi kokeminen antaa motivaatiota itsestä ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Hyvä itsetunto ja usko omaan selviytymiseen vaikuttavat positiivisesti toimintakykyyn ja terveyteen. (Backman 2001, 26, 51; Tiikkainen & Lyyra 2007, 75.) Puolison kuolema puolestaan saattaa aiheuttaa masennusta ja yksinäisyyden kokemista. Ongelmalliset ihmissuhteet vievät voimia ja aiheuttavat stressiä. Onkin todettu, että ongelmalliset ihmissuhteet tai ihmissuhteiden puuttuminen aiheuttavat lisääntyntä sairauksien oireiden kokemista. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 73–75; Routasalo ym. 2003, 5, 18.) Haasteita tuo lisäksi se, että ikääntyessä läheisten ihmisten kuolemat mahdollisesti lisääntyvät, mikä muuttaa sosiaalisten suhteiden määrää ja laatua (Heikkinen 2002, 228).

Perheiden, erityisesti lasten, merkitys ikäihmisten sosiaalisissa verkostoissa on suuri (Koskinen 2004, 74; Hokkanen ym. 2006, 18). Tutkimuksissa ikäihmiset ovat itse tuoneet esiin perheen suuren merkityksen voimavaroja tuottavana

asiana. Tutkitusti erityisesti lapsenlapset ovat voimavara ikäihmisille, sillä isovanhemman rooliin liittyy itsensä tärkeäksi kokeminen ja itsensä arvostus. Isovanhempi toimii mallina lastenlapsille opettamalla heitä elämään, antamalla elämänohjeita, elämänviisautta ja käytännön taitoja. Usein isovanhemmat toimivat myös lastenlasten hoitajina ja tukihenkilöinä. (Koskinen 2004, 74.)

Sosiaalisen verkoston sisällä saadaan ja annetaan sosiaalista tukea. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen vaikean tilanteen kohdattessaan saa tukea läheisiltä ihmisiltä tai ammattilaisilta. Sosiaalinen tuki jaetaan emotionaaliseen, välineelliseen, tiedolliseen sekä arvioivaan tukeen. Emotionaalisessa tuessa henkilö saa rakkaudellista, huolehtivaa ja arvostavaa tukea. Välineellinen tuki liittyy konkreettisen avun antamiseen, kuten rahan antamiseen tai erilaisten palvelujen saatavuuteen. Tiedollinen tuki antaa neuvoja ja arviointituki auttaa esimerkiksi päätöksenteossa. Mitä monipuolisempi verkosto ihmisellä on, sitä todennäköisemmin hän saa tarvitsemansa tuen. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72.) Sosiaalisella tuella on todettu olevan vaikutusta myös siihen, miten ikäihminen huolehtii itse itsestään. Riittävä sosiaalinen tuki vaikuttaa positiivisesti itsestä huolenpitoon. (Backman 2001, 26.)

Nyky-yhteiskunnassa korostetaan autonomiaa ja riippumattomuutta, jonka vuoksi ikäihmiset ovat alkaneet epäröidä turvautua läheisiinsä. He pelkäävät olevansa rasite ja taakka. Ihminen kuitenkin tarvitsee sosiaalisuutta ja vuorovaikutusta. Läheisiltä saatu arvostus ja rakkaus ovat ihmisen paras tuki. (Heikkinen 2002, 228–229.)

3.4.3 Vapaa-aika voimavarana

Vapaa-ajalla tarkoitetaan yleisesti sitä aikaa vuorokaudesta, jota ei käytetä palkkatyöhön, kotitöihin tai elämisen perustoimintoihin. Vapaa-aika on se ”alusta”, jolla vapaa-ajan toiminnot, harrastukset, toteutuvat. Harrastukset voivat olla aktiivisia, passiivisia, ryhmä- tai yksilötoimintaa tai ne voivat liittyä kotiin tai olla kodin ulkopuolisia harrastuksia. Harrastukset voidaan luokitella myös sisältönsä puolesta kulttuurisiin, fyysisiin sekä yhteisöllistä tai yksilöllistä kokemusta koros-

taviin harrastuksiin. (Pikkarainen 2007a, 88.) Harrastusten merkitys hyvinvoinnille on merkittävä ja harrastukset on liitettykin hyvän ja onnellisen vanhuuden määrittelyihin (Ruoppila 2002, 134).

Tutkimusten mukaan valtaosalla yli 60 -vuotta täyttäneistä suomalaisista ei ole vaikeuksia vapaa-ajan käytössä. Vain joka kymmenes pitkästyy joskus tai usein tekemisen puutteesta. (Hakonen 2008c, 142.) Vuonna 2000 tehdyn suomalaisen tutkimuksen mukaan ikäihmisten keskuudessa suosituimpia vapaa-ajan toimintoja olivat television katselu, radion kuuntelu, käsityöt, lukeminen ja kalastus. Liikuntaharrastuksista kävely, uinti ja ohjattuun voimisteluun osallistuminen olivat suosituimpia. Lisäksi ystävien tapaaminen, uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistuminen ja kirkossa käynti olivat ikäihmisille tärkeitä. (Ruoppila 2002, 137.)

Vapaa-ajan yhteydet hyvinvointiin ovat monimutkaiset. Eräässä tutkimuksessa vapaa-ajan on huomattu vähentävän stressiä ja vaikuttavan hyvinvointiin ja mielenterveyteen kahdella eri mekanismilla. Ensimmäiseksi vapaa-ajan viettoon liittyy usein sosiaalista toimintaa, joka laajentaa sosiaalista verkostoa ja sen kautta hyvinvointia. Toiseksi vapaa-ajan toimintaan sitoutuminen on yleensä vapaaehtoista, mikä antaa hallinnan ja kontrollin tunteen. Tunne kontrollista lisää itsetuntoa ja sen myötä myös tunnetta siitä, että vaikeistakin tilanteista voi selviytyä. (Pikkarainen 2007a, 90.) Osallistuminen harrastuksiin ja niiden kautta tapahtuva itseilmaisuus lisäävät myös itsetuntemusta, joka tutkimuksissa on todettu lisäävän ja ylläpitävän ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia (Ruoppila 2002, 134). Aktiiviset harrastukset voivat myös vähentää yksinäisyyden kokemista (Hakonen 2008c, 142).

Harrastusten myötä ikäihmiset lisäävät luontaisesti aktiivisuuttaan ja sosiaalista kanssakäymistään, ja siten myös heidän toimintakykynsä pysyy yllä ja paranee. (Pikkarainen 2007a, 95.) Harrastukset ylläpitävät paitsi sosiaalista ja fyysistä, myös psyykkistä toimintakykyä. Harrastusten on todettu antavan erilaisia virikkeitä eri tiedonkäsittelytoiminnoille. Esimerkiksi luovaa tuottamista ja tulkintaa vaativat kulttuuriset harrastukset, kädentaitoja kehittävät harrastukset sekä erilaiset luontoharrastukset aktivoivat aivojen eri osa-alueita ja näin pitävät yllä

myös ikäihmisten psyykkistä toimintakykyä. (Ruoppila 2002, 132–133.) Ikäihmisten keskuudessa kulttuuri- ja taideharrastuksilla (elokuvat, teatterit, musiikki, museot, kirjat ja lehdet) on osoitettu olevan yhtä tehokas vaikutus hyvinvointiin kuin liikunnalla, sillä kulttuuriset harrastukset vähentävät stressiä, laskevat verenpainetta, virkistävät muisti- ja aivotoimintaa ja parantavat koettua hyvinvointia. Siksi nämä harrastukset voivat olla erityisen merkittäviä ikääntyvälle väestölle, jolla liikuntakyky heikkenee. (Hyypä & Liikanen 2005, 182; Liikanen 2010, 30–31.) Näiden etujen lisäksi itse tehtynä taide antaa esteettisiä kokemuksia, eheyttää identiteettiä ja itsetuntoa sekä tuottaa pätevyyden tunnetta. Ystävien kanssa koetut kulttuuriset harrastukset lisäävät sosiaalisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Hakonen 2008c, 144; Liikanen 2010, 30–31).

3.4.4 Eletty elämä voimavarana

Eletty elämä on jokaisella omanlaisensa. Osaltaan menneisyys vaikuttaa tunne-elämään sekä siihen, miten ihminen reagoi elämänsä tapahtumiin, myös vanhenemiseen ja sen mukanaan tuomiin haasteisiin. Ihmisen tunnepääoma on mielen voimavarojen perusta. Mielen voimavarojen kannalta hyvät muistot ovat tärkeitä, mutta myös elämässä raskaana koetut tapahtumat voivat kääntyä voimavaraksi. Mikäli elämässä on löytynyt voimaa selvitä sekä iloissa että suruissa, on eletty aika kasvattanut luonnetta. Aika on voinut opettaa myös ymmärtämään sekä omia että toisten tunteita. (Heikkinen 2002, 208–209, 220–222.)

Muistelulla on tärkeä tehtävä elämänjärjestystä ylläpitävänä voimavarana. Sen avulla ikäihminen voi jäsentää omaa menneisyyttään, liittää sen nykyisyyteen ja sitä kautta oppia ja ymmärtää omaa persoonallisuuttaan ja identiteettiään. Muistelu edistää erityisesti psyykkistä hyvinvointia ja lapsuuden myönteiset kokemukset voivat toimia myöhemmällä iällä suurena voimavarana ja eteenpäin vievänä voimana. (Korkiakangas 2002, 173–174, 202–203; Eloranta & Punkanen 2008, 148.) Muistelu ei kuitenkaan aina herätä pelkästään positiivisia tuntemuksia, vaan joskus mieleen voi nousta epämiellyttäviä muistoja. Hyvinvoinnin kannalta näiden negatiivisten muistojen hyväksyminen ja käsitteleminen on kuitenkin

kin tärkeää, koska se auttaa ikäihmistä hallitsemaan tunteitaan ja elämäänsä. (Korkiakangas 2002, 202–203.)

Ikääntyessä halu kertoa nuoremmille sukupolville menneestä elämästä, kulttuurista ja perinteistä lisääntyy ja tulee merkityksellisemmäksi. Muistojen kertominen saatetaan kokea eräänlaisena missiona, jolla eri sukupolvet liitetään yhteen jatkumoksi. (Korkiakangas 2002, 176–177.)

3.5 Hengellisyys ja terveys

Hengellisyydellä kuvataan ihmisen uskonnollisesti suuntautunutta hyvinvointia ja tasapainoa. Hengellisyys merkitsee omistautumista hengellisille asioille, uskonalle, Jumalalle, arvoille ja periaatteille. (Karvinen 2009, 27, 34; Eloranta & Punkanen 2008, 145.)

Hengellisyyden ja terveyden yhteyttä on vaikeaa osoittaa mittaustuloksin. Useiden tutkimusten perusteella on kuitenkin todettu, että uskonnollinen aktiivisuus edistää terveyttä. Merkittävin terveyttä edistävä tekijä on seurakunnan toimintaan osallistuminen. (Karvinen 2009, 42–43; Hyyppä & Liikanen 2005, 100–101.) Hengellisiin tilaisuuksiin osallistumisella on ollut selvempi merkitys terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kuin uskonnon harjoittamisella itsekseen, sillä seurakuntaan kuulumisen ja sen toimintaan osallistuminen tukevat yhteisöllisyyttä, sosiaalisuutta ja turvallisuuden tunnetta (Teinonen 2007, 49; Eloranta & Punkanen 2008, 149).

Usko antaa toivoa ja eheyttää ihmismieltä. Hengellisyyteen liittyy positiivisia tunteita kuten iloa ja kiitollisuutta. Se vähentää terveyttä uhkaavia elämäntapoja kuten tupakointia ja alkoholin käyttöä. Hengellinen maailmankatsomus voi antaa elämälle merkityksellisyyttä ja auttaa kohtaamaan elämän vastoinkäymisiä. Hengellisyys voi vaikuttaa terveyteen myös negatiivisesti, vaikka se onkin useammin yhteydessä hyvään fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. (Teinonen 2007, 35, 48.) Ihmisen aikaisemmat elämänvaiheet ja kokemukset vaikuttavat siihen, antaako hengellisyys hänelle selviytymiskeinoja vai uhkaako se terveyt-

tä. Kielteiset kokemukset Jumalasta ja uskonnosta voivat aiheuttaa pelkoa ja syyllistämistä. Kielteinen jumalankuva saattaa aiheuttaa sen, että ikäihminen pitää elämän vastoinikäymisiä rangaistuksena. Ihmisen jumalankuva siis vaikuttaa siihen, uhkaako vai edistääkö hengellisyys terveyttä. (Teinonen 2007, 35, 48; Heikkilä 2011, 6.)

Noin kolme neljäsosaa ikäihmisistä pitää itseään hengellisenä ja suurin osa kokee saavansa uskonnollisuudesta apua ja lohtua elämäänsä (Eloranta & Punkanen 2008, 146). Ikäihmisissä naiset ovat hengellisesti aktiivisempia kuin miehet (Heikkilä 2011, 7). Ikäihmisiin kohdistetuissa hengellisyyttä ja terveyttä käsitelleissä tutkimuksissa on ilmennyt, että ikäihmisillä hengellisyys on ollut yhteydessä ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden käyttöön ja paremmaksi koettuun terveydentilaan. Uskonnollisen aktiivisuuden on todettu liittyvän ikäihmisten terveellisiin elämäntapoihin, parempaan toimintakykyyn, runsaampaan sosiaaliseen aktiivisuuteen, tyytyväisyyteen ja vähäisempiin mielenterveyden ongelmiin. (Teinonen 2007, 51–53; Heikkilä 2011, 7.) Myös hengellisesti aktiivisten ikäihmisten omat kokemukset puhuvat hengellisyyden terveysvaikutusten puolesta: Espoonlahden seurakunnassa toteutetussa kyselyssä selvisi, että seurakunnan kerhotoimintaan osallistuvista ikäihmisistä suurin osa koki hengellisyyden ja uskonnon antavan voimaa heidän elämäänsä (Kotisalo 2011).

4 KIRKON VANHUSTYÖSTÄ

Kirkon vanhustyö kohdistuu yli 65-vuotiaisiin eli eläkkeelle jääneeseen väestöön (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 12). Sen tavoitteena on ikäihmisten hengellisen elämän vahvistaminen, seurakunnan toimintaan osallistaminen sekä niiden ikäihmisten auttaminen, jotka jäävät muiden palveluiden ulkopuolelle. Lisäksi tavoitteena on ihmisarvon, välittämisen, luottamuksen, yhteisöllisyyden ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen ikäihmisten elämässä. Toiminnassa tuetaan ikäihmisten omien voimavarojen käyttämistä sekä edistetään yhteisöllisyyden ja turvallisuuden kokemista. (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 15–16; Heikkilä 2011, 15.)

Kirkon vanhustyön strategian mukaan kirkon tulee osallistua yhteiskunnallisiin keskusteluihin ja nostaa esiin ne asenteet, jotka ohjaavat yhteiskunnallista suhtautumista vanhenemista ja ikäihmisiä kohtaan sekä toimia ikäihmisten arvostuksen nostamiseksi. (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 15.) Kirkon ”vanhustyö on toimintaa, jonka päämääränä on edistää iäkkään ihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua sekä lisätä hänen elämänhallintaansa ja turvallisuuttaan. Päämääränä on myös luoda edellytyksiä mielekkäälle toiminnalle ja osallisuudelle tasavertaisena kansalaisena korostaen vanhan ihmisen omia voimavaroja ja omatoimisuutta.” (Jääskeläinen 2002, 198.) Terveysten edistämisen käsitettä ei kirkon vanhustyön strategiassa mainita, mutta se kuitenkin sisältyy vahvasti strategian tavoitteisiin (Heikkilä 2011, 16).

Tulevaisuudessa ikäihmisten määrän kasvu tulee vaikuttamaan myös kirkon vanhustyöhön. Ikääntyvä väestö lisää julkisen vanhushuollon kustannuksia, mikä lisää julkisen puolen tarvetta saada tukea ja lisäresursseja kirkolta, järjestöiltä ja yhdistyksiltä sekä yksityisiltä palveluntuottajilta. Siksi kirkon rooli ikäihmisten palvelujen tuottajina tulee tulevaisuudessa lisääntymään. (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 12.)

4.1 Diakoninen vanhustyö

Diakoniatyön tarkoituksena on ”kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta” (Kirkkojärjestys 4:3). Diakonia perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen. Sen mukaan ihmisen ruumis, sielu ja henki ovat jakamaton kokonaisuus, minkä takia hänen ongelmansa ja kysymyksensä eivät ole toisistaan erillisiä osia. Ihminen pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti niin fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella, emotionaalisella kuin hengellisellä tasolla. (Hakala 2002, 234; Heikkilä 2011, 8, 15.)

Vuonna 2010 diakonian asiakkaista yli 65-vuotiaita oli 36,2 prosenttia. Määrä on hieman laskenut viime vuosien aikana. Vuonna 2004 vastaava luku oli 40,8 prosenttia. (Suomen ev.lut. kirkko 2010, 99.) Diakonisen vanhustyön toiminta kohdistuu erityisesti diakoniatyön tarpeessa olevaan vanhusväestöön eli ikäihmisiin, joita muu apu ja tuki eivät tavoita. Diakoninen vanhustyö on läsnä ikäihmisen elämässä antaen tarvittavan tuen ja avun arjessa ja vaikeuksissa. (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 12; Helin, Hiilamo & Jokela 2010, 50–51.) Lisäksi diakoniatyö antaa ikäihmisille mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen ja osallisuuteen mm. kerhojen, leirien ja retkien kautta. Ikäihmiset toimivat vapaaehtoisina erityisesti diakoniatyössä. Vapaaehtoistyö on ikäihmisille merkityksellistä, koska se lisää heidän tarpeellisuuden tunnettaan. (Jääskeläinen 2002, 198–199.) Diakoninen vanhustyö toimii myös yhteiskunnallisesti nostamalla esiin ikäihmisten elämään liittyviä epäkohtia ja toimimalla ikäihmisten elämänlaadun parantamiseksi (Suomen ev.lut. kirkko 2005, 12).

Etsivällä työllä on iso merkitys ikäihmisten auttamisessa diakonisessa vanhustyössä. Ikääntyessä ja toimintakyvyn heiketessä kotoa lähteminen ja palveluiden käyttäminen vaikeutuu. Erityisesti yksin elävät saattavat kärsiä yksinäisyydestä. Ikäihmiset eivät välttämättä osaa hakea tarvittavaa apua tai tunne tarjolla olevia palveluita. Osa ikäihmisistä on voinut menettää luottamuksensa yhteiskunnan apuun ja toisiin ihmisiin. Nämä tekijät ovat uhka ikäihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille. Diakoniatyön tulee panostaa ja käyttää resursseja näiden ihmisten löytämiseen ja auttamiseen. (Heikkilä 2011, 16–17.)

4.2 Terveysten edistäminen diakoniatyössä

Suomen diakoniatyössä on pitkään kohdattu terveyden ja sairauden kysymyksiä (Juntunen & Saarela 2009, 36). Terveys, johon liittyvät sekä ruumiin että sielun tarpeet, on Jumalan antama lahja, jota ihmisen tulisi suojella. Diakonia pyrkii vastaamaan ihmisen terveyteen ja sairauteen liittyvään hätään ja huono-osaisuuteen. (Heikkilä 2011, 8–9.)

Järjestäytynyt diakoniatyö alkoi Suomessa 1800-luvun lopulla. Aluksi diakoniat toimivat hoitotyön parissa laitosten sairaaloissa. Vähitellen he siirtyivät seurakuntiin, joissa he toimivat pääasiassa kiertävinä sairaanhoitajina. 1900-luvun alkupuolella diakoniatyön tekemällä kotisairaanhoidolla olikin merkittävä kansanterveyttä edistävä merkitys. Vuonna 1972 säädetty kansanterveyslaki kuitenkin siirsi vastuun terveydenhuollon toteuttamisesta kunnille. Seurakunnan diakoniatyön kannalta lain säätäminen merkitsi, että diakoniat eivät voineet enää tehdä kunnan alaisina kotisairaanhoidotyötä. Näin diakoniatyön sairaanhoidolliset tehtävät vähenivät seurakunnan diakoniatyön työkuvarista. (Juntunen & Saarela 2009, 36–38.)

Vaikka vastuu terveydenhuollosta on kunnilla ja valtiolla, diakoniatyössä kohdataan usein terveyteen ja sairauteen liittyviä kysymyksiä. Ihmiset kääntyvät edelleen diakoniatyöntekijöiden puoleen terveyttä koskeissa kysymyksissä. Terveyskysymykset ovat lähes yhtä suuri syy yhteydenottoon kuin esimerkiksi taloudelliset ongelmat, ja ne korostuvat ikäihmisten, mielenterveysasiakkaiden ja päihdeongelmaisten parissa. (Perho ym. 2009, 17–18.)

Diakoniatyöntekijät koulutautuvat joko sosionomi-diakoneiksi tai sairaanhoitaja-diakoniatyöntekijöiksi. Kaksoiskelpoisuus antaa heille mahdollisuuden toimia sekä kirkon diakoniatyössä että yhteiskunnan sosiaali- tai terveydenhuollossa. (Helin, Hiilamo & Jokela 2010, 49; Gothóni & Jantunen 2010, 12–13.) Diakoniatyöntekijöiden koulutus nykyisen koulutusjärjestelmän mukaan sisältää 90 opintopistettä teologisia ja kirkollisia opintoja. Diakoniatyöntekijöiden koulutus on yhteensä 240 opintopistettä, sairaanhoidon opinnot ovat 150 opintopisteen laajuisia. Sairaanhoidon opinnot antavat diakoniatyöntekijöille tietoa ja osaamista ihmisen terveydestä ja

hyvinvoinnista, sairauksista ja lääkkeistä. Tätä osaamista diakonissat voivat hyödyntää diakoniatyössä. (Gothóni & Jantunen 2010, 14, 70.)

Diakoniatyön toimintamuodoilla on tärkeä merkitys terveysongelmien ennalta ehkäisemisessä ja diakoniatyön asiakkaiden terveyden ylläpitämisessä. (Kinnunen 2009, 130–131.) Yhteiskunnalliset terveyserot kasvavat ja diakoniatyön asiakkailla on entistä enemmän terveyteen ja sairauteen liittyvää hätää. Siksi terveyden edistäminen osana diakoniatyötä on tarpeellista. (Heikkilä 2011, 9.)

Terveyteen liittyvässä auttamisessa asiakkaan kannustaminen ja rohkaisu sekä ohjaus ja neuvonta ovat keskeisessä asemassa. Terveysneuvonta tapahtuu kotikäyntien, asiakastapaamisten ja erilaisten ryhmätoimintojen ohessa. Neuvonnan ja ohjauksen sisältö vaihtelee asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakkailla saattaa esimerkiksi olla tarvetta saada neuvontaa omasta terveydestään, käyttämisestään lääkkeistä, lääkärin lausunnoista tai terveyspalveluiden käytöstä. Diakoniatyöntekijä voi myös antaa ravitsemusneuvontaa ja terveystietoa. Yksilöllisen terveysohjauksen lisäksi terveyden edistämistä voidaan toteuttaa ryhmissä. Asiakkaille voidaan järjestää liikuntapäiviä ja aivovoimistelua. Kerhoihin ja ryhmiin voidaan kutsua asiantuntijoita pitämään luentoja terveydestä ja terveyden ongelmista. (Hakala 2002, 259; Kinnunen 2009, 106–109, 119; Perho ym. 2009, 19, 31.)

Hoitotoimenpiteet ovat vähentyneet diakoniatyössä vuoden 1972 kansanterveyslain myötä. Nykyään hoitotoimenpiteiden tarvetta on lähinnä leireillä, joskus kotikäynneillä sekä alueilla, joissa terveyspalveluihin on pitkä matka. Diakonissat saattavat suorittaa esimerkiksi verenpaineen mittauksia ja pieniä haavahoitoja tai ottaa vastuun leirin tai retken ensiapuvälineistä ja lääkkeistä. Sairaanhoidajan koulutus lisää myös valmiutta reagoida poikkeustilanteisiin kuten asiakkaan yllättävään sairastumiseen. (Gothóni & Jantunen 2010, 71–72.)

Terveyteen liittyvissä kysymyksissä yhteistyö terveydenhuollon kanssa on välttämätön (Perho ym. 2009, 23). Diakoniatyön ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä tulisi kehittää. Erityisesti kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi kehittää. Diakoniatyöntekijä voisi esimerkiksi olla mukana hoitotiimissä ja osallis-

tua hoitosuunnitelman laatimiseen, kotikäynteihin ja asiakkaan voinnin tarkkailuun. (Kinnunen 2009, 125.)

Diakonisen hoitotyön osaamista ei hyödynnetä riittävästi diakoniatyössä. Siksi diakonissojen osaamista terveyden edistämisessä diakoniatyössä pitää kehittää. (Perho ym. 2009, 29.) Diakoniatyöntekijöiden mielestä erityisesti etsivää työtä, ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa ja terveysterveyshäiriökasvatusta tulisi kehittää sekä lisätä ryhmätoimintaa ja vertaistukiryhmiä (Kinnunen 2009, 126).

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää ikäihmisten terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää terveyttä edistävää kerhotoimintaa Espoonlahden seurakunnalle.

Idean opinnäytetyölle saimme keväällä 2011 Espoonlahden seurakunnasta, jossa toinen opinnäytetyön tekijöistä oli suorittanut opintoihin liittyvän seurakuntaharjoittelun edellisenä vuonna. Seurakunnan johtava diakoniatyöntekijä otti yhteyttä ja kertoi Terve sielu terveessä ruumiissa -nimisestä hankkeesta, jossa Espoonlahden seurakunta oli mukana. Hän ehdotti hankkeeseen liittyvää opinnäytetyötä, josta kiinnostuimme. Ensimmäinen tapaaminen aiheeseen liittyen järjestettiin syyskuussa 2011.

Osallistuimme opinnäytetyöprosessin aikana kaksi kertaa Terve sielu terveessä ruumiissa -hanketapaamiseen, johon osallistuivat hankkeen tutkija ja kehittäjä, Espoonlahden seurakunnan diakoniatyöntekijöitä, diakoniatyöstä vastaava pappi sekä me opiskelijat. Toisella kerralla mukana oli myös kotihoidon työntekijöitä. Tapaamisessa käsiteltiin hankkeen toteuttamista Espoonlahden seurakunnassa. Lisäksi pohdimme yhdessä opinnäytetyömme tavoitteita ja toteutusta.

Yhteisten keskusteluiden pohjalta sovimme, että opinnäytetyömme toiminnallisena osana suunnittelemme ja toteutamme kolme terveyttä edistävää kerhokertaa seurakunnan ikäihmisten kerhossa. Espoonlahden seurakunnan viidestä eri kerhosta valitsimme Soukan kappelilla kokoontuvan kerhon, koska Terve sielu terveessä ruumiissa -hankkeen kyselytutkimuksessa erityisesti Soukan kappelin kerholaiset toivoivat terveyttä ja toimintakykyä edistävää toimintaa (Kotisalo 2011). Tiesimme etukäteen, että Soukan kerhossa on 20–25 osallistujaa ja kerholaiset ovat melko virkeitä ja hyväkuntoisia. Kerho kokoontuu kerran viikossa torstaisin kello 12–13.30 ja se on suunnattu eläkeikäisille.

Kerhokertojen teemoja pohdimme yhteisessä hanketapaamisessa. Halusimme aiheita, jotka olisivat mahdollisimman monelle hyödyllisiä ja ajankohtaisia. Lopulta hankkeen kehittäjän ja Espoonlahden seurakunnan diakoniatyöntekijöiden ehdotusten ja toiveiden pohjalta kerhojen teemoiksi muodostuivat ”terveelliset elämäntavat”, ”omat voimavarat käyttöön” ja ”hengellisyyden merkitys terveydelle”. Kerhot toteutettiin kolmena peräkkäisenä torstaina tammi-helmikuussa 2012.

Aloitimme opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamisen alkusyksyllä 2011. Tiedonhakua ja teoriatiedon kirjoittamista ohjasivat ja rajasivat kerhoihin valitsemamme aiheet. Lisäksi mietimme, mikä on oleellista ja tärkeää tietoa ikäihmisille: mikä edistäisi heidän terveyttään parhaiten ja antaisi heille valmiuksia terveelliseen elämään. Kirjoittamamme teoriatiedon pohjalta suunnittelimme kerhojen ohjelman. Ohjelman suunnittelussa ja keinojen valinnassa helpotti kohde-ryhmän jäsenille yhteiset asiat: toimintakyvyltään, ymmärrykseltään ja uskonnolliselta taustaltaan kerholaiset olivat melko yhtenäinen ryhmä.

Kerhojen onnistumisen arvioimiseksi ja Espoonlahden seurakunnan ikäihmisten kerhotoiminnan kehittämiseksi keräsimme viimeisellä kerhokerralla palautteen toteuttamistamme kerhoista. Suunnittelimme palautekyselyn (liite 5), jolla halusimme kerätä palautetta siitä, olivatko kerhojen teemat mielenkiintoisia ja hyödyllisiä osallistuneille sekä siitä, kokivatko ikäihmiset saaneensa kerhoista uutta tietoa ja neuvoja terveelliseen elämään. Lisäksi äänitimme kerhot, jotta voisimme myöhemmin kuunnella niitä ja palauttaa mieleen, mitä kerhoissa keskusteltiin ja mitä ajatuksia, mielipiteitä ja kysymyksiä kerholaisille nousi kerhoissa.

Opinnäytetyöprosessin aikana tärkein yhteishenkilömme Espoonlahden seurakunnassa oli ikäihmisten kerhojen ohjaaja, jonka kanssa sovimme kerhojen aikatauluista ja toteutuksesta. Hän oli mukana kerhossa kahdella ensimmäisellä kerralla. Kerhojen toteutuksessa emme halunneet muuttaa kerhojen rakennetta vaan noudatimme niiden normaalia kaavaa. Aloitimme kerhon alkuhartaudella, joka pohjautui jokaisella kerhokerralla tulevan sunnuntain evankeliumitekstiin. Alkuhartautta seurasi kahvitarjoilu, jonka aikana oli vapaata keskustelua. Kahvi-

tuksen jälkeen oli suunnittelemamme terveyttä edistävän kerho-ohjelman vuoro. Kerhon lopussa lauloimme vielä loppuvirren, jonka kerholaiset saivat itse valita, ja lausuimme Herran siunauksen. Kerhotilana toimi Soukan kappelin seurakuntasali.

5.1.1 Ensimmäinen kerhokerta: terveelliset elämäntavat

Ensimmäisen kerhokerran aiheena olivat terveelliset elämäntavat. Kerhoon osallistui 19 ikäihmistä. Rajasimme aiheen terveelliseen ravitsemukseen, liikuntaan sekä uneen ja lepoon, koska nämä aiheet koskettavat jokaista ja ovat aina ajankohtaisia. Halusimme välttää kuulijoiden syylistämistä, joten käsitelimme aihetta positiivisesta näkökulmasta, joka kannustaisi muutokseen ja terveellisyyteen. Lähestymistavaksi valitsimme osin asiantuntijalähtöisyyden, osin dialogisuuden, sillä halusimme tuoda ikäihmisten tietoon faktoja sekä tutkimustuloksia aiheesta, mutta samalla toivoimme kerhotilanteen muodostuvan vuorovaikutteiseksi ja ilmapiiriltään miellyttäväksi.

Kerhoa suunnitellessamme koimme haasteeksi sen, ettemme tienneet, kuinka paljon kerhoon osallistuvat ikäihmiset olivat jo kuulleet terveellisistä elämäntavoista. Suomessa terveellisiin elämäntapoihin on viime aikoina kiinnitetty paljon huomiota, ja aihetta käsitellään niin mediassa, kouluissa, kotihoidossa kuin kahvipöytäkeskusteluissakin. Halusimme kertoa jotain uutta ja mielenkiintoista. Suunnitellessamme kerhoa ja lukiessamme teoriaa kuitenkin huomasimme, että terveelliset elämäntavat koostuvat melko pienistä ja yksinkertaisistakin asioista. Emme voineet olettaa, että asiat, jotka meille sairaanhoitajaopiskelijoille olivat jo ennestään tuttuja, olisivat sitä myös ikäihmisille. Halusimme pitää mielessä myös sen tosiasian, että toisen vanha tieto on toiselle uutta tietoa.

Toinen haaste oli vaikuttavuus. Tietoa on paljon. Lähes jokainen suomalainen tietää esimerkiksi, että liiallinen rasvan syönti ei ole verisuonistolle hyväksi. Kuitenkin verisuonisairaudet ovat yksi suurimmista kuolinsyistä Suomessa. Pohdimme siis, miten jakaa tieto niin, että se olisi vaikuttavaa ja saisi mahdollisesti aikaan muutoksia elämäntavoissa. Päädyimme positiiviseen lähestymistapaan,

joka käytännössä tarkoitti sen korostamista, että muutos lähtee vähitellen pienistä asioista. Lisäksi halusimme tuoda esiin sellaisia terveellisiä elämäntapoja, joita ikäihmiset pitäisivät mahdollisina omassa elämässään (esimerkiksi arkiliikunta). Näin terveelliset elämäntavat eivät jäisi heille vain kaukaisiksi ihanteiksi, vaan he ymmärtäisivät niiden olevan arkipäivässä toteutuvia asioita, mikä kannustaisi heitä terveellisiin elämäntapoihin jatkossakin.

Teimme keräämämme teoriatiedon pohjalta lyhyen tiivistelmän terveellisistä elämäntavoista (liite 2). Tiivistelmään valitsimme mielestämme ikäihmisten kannalta tärkeimpiä neuvoja terveellisiin elämäntapoihin. Tulostimme tiivistelmän, ja jaoimme sen kerhoon osallistuneille ikäihmisille. Lyhyessä ajassa käsittelemme monia asioita, jolloin tärkeimpien asioiden muistaminen ja löytäminen voisi olla hankalaa. Tiivistelmän tarkoitus olikin toimia eräänlaisena ”muistilappuna”, josta ikäihmiset pystyivät seuraamaan puhuttua. Lisäksi he voisivat muistilapun avulla palauttaa mieleensä käsittelemämme aiheen ydinasiat.

Haasteista huolimatta kerho onnistui hyvin. Kerhoa valmistellessamme pohdimme asiakaslähtöisyyden ja dialogisuuden yhteensopivuutta ja toteutumista. Kerhoa valmistelimme lähinnä asiantuntijuuden pohjalta keräämällä faktatietoa aiheesta, ja siksi odotimme dialogisuuden jäävän kerhossa vähemmälle. Kerhon alussa olimmekin enimmäkseen äänessä. Kerroimme tutkimuksista ja kirjallisuudesta löytämiämme tietoja kerholaisille. Kerholaisten aktiivisuus osallistua ja kysyä siirsi painopisteen dialogiseen neuvontaan. Ikäihmiset osallistuivat keskusteluun aktiivisesti ja toivat esiin omia ajatuksiaan, kysymyksiään ja omia tapojaan pitää huolta omasta terveydestään.

Ravitsemuksesta ja ruokailusta puhuttaessa tuli esiin ruokailuun liittyviä ongelmia:

Yksin syöminen on kans meillä vanhoilla. -- Ei aina tule sitten niin laitettua eikä syötyäkään.

Myös kerholaisilla oli vinkkejä ja keinoja, joilla he pitivät huolta terveydestään. Tarkoituksena olikin, että meidän antamamme tiedon lisäksi kerholaiset voisivat

jakaa kokemuksiaan ja sitä kautta oppia uutta. Ruoanlaitto-ongelmaan eräs rouva kommentoi:

Mulla on nyt suuri kattilallinen siskonmakkarakeittoa, jonka mä tein eilen illalla. Tänään se laitetaan annoksiin ja pakastimeen. Niin mun ei tarte laittaa ruokaa pitkään aikaan. Mä voin viikon syödä samaa ruokaa, jos siltä tuntuu.

Keskustelu unesta ja levosta vaikutti olevan ikäihmisten mielestä mielenkiintoisinta, ja siitä jakamamme tieto näytti olevan heille ainakin osittain uutta. Esimerkiksi unen rakenteen muutokset ikääntyessä ja keinot unen laadun parantamiseksi kiinnostivat ikäihmisiä. Kerholaiset jakoivat paljon ajatuksiaan nukkumisesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Keskustelimme esimerkiksi unirytmistä ja ikääntymisen vaikutuksesta siihen:

K: Mä aattelin tosta nukkumisesta -- omalta kohdaltani ainakin niin, että se on yksilöllistä. Ei voi sanoo, että ihmiset menee kello kymmenen nukumaan, vaan jotkut on iltaunisia. Heräävät aamulla aikaan ihan nuoresta lähtien. Et mä oon ollu sellanen ihan nuoresta, että tota, en mä illalla jaksanu koskaan -- tehdä mitään. Mielellään aamulla nousi sitte.*

*O**: Joo, tää on hyvä. Kun varmaan tässä iässä jokainen vähä tietää, millanen se oma unirytmä on, niin yrittäis pitää siitä säännöllisyydestä kiinni, niin keho pysyis siinä rytmissä.*

(*kerholainen, **ohjaaja)

K1: Mulla on yks tuttu, ko soitti aina kahdeksan, yhdeksän aikaan ja se on mulle liian myöhään. Mä sanoin et ei käy, koska mä en voi nukkua sen jälkeen.

K2: Mulla on kielto sukulaisille, että ei yhdeksän jälkeen.

K3: Mä oon taas niin hellä luonne, et en mä raaski sanoo mun lapsille, että älkää soittako, ku musta on niin ihana kun ne soittaa. Mieluummin sitte vaikka valvosin. Mutta vois tietysti sanoakin...

O: Vaikkei käskyä antais, niin vois vähän niin ku toivoa, että jos...

Kerhon aikana tuli esiin myös sellaisia asioita, joita ikäihmiset tiesivät, mutta käytännössä eivät tehneet niin. Esimerkiksi eräs kerholainen sanoi tietävänsä, että päivän aikana pitää juoda riittävästi, mutta silti juominen tahtoi unohtua. Näihin tilanteisiin pyrimme antamaan käytännön neuvoja, joita ikäihmisten olisi helppo toteuttaa:

K: Se [juominen] on tärkeätä, mut ko mä en muista.

O: Laittaa vesikannun pöydälle ja lasin viereen, että se on silmissä koko ajan ku keittiössä käy, jos sitte muistuis mieleen.

K: Niin täytyy varmasti tehdä.

Keskustelua syntyi niin paljon, että aika ei riittänyt kaikkien valmistelemiemme asioiden käsittelyyn. Ajanpuutteen vuoksi vähensimme liikunnan osuutta keskustelussa, koska kerhosta vastuussa oleva diakoni kertoi heidän juuri edellisenä syksynä käsitelleen kerhossa liikunnan merkitystä terveydelle. Tarve liikunnasta puhumiseen oli selvästi vähäisempi kuin ravitsemuksesta ja unesta puhumiseen. Eräs kerholainen sanoikin:

Mulla on semmonen tunne koska mä tunnen tämän porukan aika tarkkaan, et tää on semmosta liikkuvaa sorttia.

Keskustelusta sai käsityksen, että kerhoon osallistuvilla ikäihmisillä on suhteellisen terveelliset elämäntavat. Palautteen mukaan ikäihmiset kokivat kerhon aiheen hyödylliseksi ja mielenkiintoiseksi. Kymmenen palautteen antajista oli sitä mieltä, että aihe oli mielenkiintoinen. Kuusi palautteen antajaa koki saaneensa uutta tietoa. Palautekyselyssä viisi ikäihmisistä kertoi muuttaneensa elämäntapojaan kerhon jälkeen esimerkiksi kävelemällä portaat. Vastanneista kahdeksan sanoi, ettei ollut havainnut muutosta elämäntavoissaan. (Liite 6.)

5.1.2 Toinen kerhokerta: omat voimavarat käyttöön

Toisen kerran aiheena oli ”omat voimavarat käyttöön”. Osallistujia oli 20. Valmistellessamme kerhokertaa mietimme, miten pääsisimme tavoitteeseemme eli terveyden edistämiseen kyseisen aiheen kautta. Teorian mukaan voimavarat vaikuttavat positiivisesti terveyteen ja sen kokemiseen. Mietimme, miten käsitellä aihetta niin, että keskustelun hedelmänä olisi ikäihmisten edistynyt terveys. Päädyimme siihen, että tärkein päämäärämme on saada ikäihmiset tietoisiksi siitä, mitä voimavarat ovat ja miten ne vaikuttavat terveyteen. Tämän kautta ikäihmiset oppisivat tunnistamaan omia voimavarojaan ja mahdollisesti löytäisivät uusia voimavaroja elämäänsä.

Lähestymistavaksi valitsimme voimavaralähtöisyyden, sillä aihe oli mielestämme luonteeltaan sellainen, jossa lähtökohtana ovat asiakkaan – tässä tapauksessa ikäihmisten – omat kokemukset ja tarpeet. Halusimme käsitellä aihetta antamalla puheenvuoron kerhoon osallistuneille ikäihmisille. Keskustelun kautta

halusimme kartoittaa niitä voimavaroja, joita he itse kokivat omistavansa. Lisäksi keskustelun tarkoituksena oli haastaa ikäihmisiä miettimään omia voimavarojaan. Muiden kerholaisten kertomusten kuuleminen voisi myös avartaa ajatuksia ja auttaa tunnistamaan uusia voimavaroja elämässään.

Avasimme keskustelun kertomalla, mitä voimavarat tarkoittavat ja kysymällä, mitä voimavaroja ikäihmiset tunnistavat itsessään. Keskustelussa ikäihmisille nousi paljon ajatuksia ja mielipiteitä aiheesta. Kerholaiset olivat tietoisia omista voimavaroistaan. Ikäihmisten kertomukset olivat hyvin yhteneviä löytämämme teorian tiedon kanssa. Erityisesti ikäihmiset tunnistivat ystävät ja sukulaiset sekä erilaiset harrastukset voimavaroikseen. Saimme kuulla paljon kertomuksia ikäihmisten voimavaroista, heidän elämästään sekä heitä kasvattaneista kokemuksista. Eräs osallistuja tiivisti elämänsä voimavarat näin:

Mä oon saanu voimavarani ulkoilusta, uimisesta, voimistelusta, toisista ihmisistä ja harrastuksista.

Lapsenlapsista sanottiin:

Niistä saa niin paljon voimaa ja semmosta iloa.

Keskustelun etenemisen turvaamiseksi esitimme välillä kysymyksiä. Pääasiassa esittämämme kysymykset olivat avoimia. Niiden kautta toimme myös teorias-
ta nousseita voimavaroja keskusteluun mukaan. Esimerkiksi: ”Jotkut nauttivat viherkasvien kasvattamisesta, mitä mieltä olette kasveista voimavarana?” Tällä halusimme herätellä ajatuksia uusista voimavaroista. Palautteessa kysyimme, kokivatko ikäihmiset löytäneensä elämäänsä uusia voimavaroja. Kahdeksan kerholaista vastasi ”kyllä”, vaikka kaikki eivät olleetkaan määritelleet tarkemmin, minkälaisia voimavaroja he olivat löytäneet (liite 6). Uusina voimavaroina ikäihmiset mainitsivat esimerkiksi rukouksen ja elämäntarinoiden jakamisen yhdessä.

Uusien voimavarojen lisäksi halusimme tuoda esiin teorian tiedosta nousseen ajatuksen, että elämän vastoinkäymiset voivat kääntyä voimavaroiksi (Kor-
kiakangas 2002, 202–203; Heikkinen 2002, 220–222). Kysyimme, mitä mieltä ikäihmiset ovat tästä. Ikäihmiset kertoivat omista vastoinkäymisistään ja kuinka

he olivat niistä selvinneet. Erityisesti he muistelivat sota-aikoja. Ikäihmiset kokivat, että näistä negatiivisista kokemuksista selviytyminen on auttanut selviytymään myöhemmistäkin elämän kriiseistä. Eräs kerholainen kertoi onnettomuudesta, johon oli nuorena joutunut:

Se niin ku on opettanut mulle sen, että elämä ei oo itsestään selvää. Että täytyy aina ottaa huomioon se, että koska hyvänsä voi tapahtua mitä, mitä tahansa. Et sekin on ollut semmonen... En tiedä onko se ollut voimavara, mutta kuitenkin se on mulle ollut semmonen, tuota että, että ei, ei voi ajatella että kaikki kulkee niin kuin mä itse ajattelen.

Toisen kerhokerran käytännön haasteena oli tila, jossa kerho pidettiin. Seurakuntasali, jossa kerho yleensä pidetään, oli muussa käytössä, joten kokoonnuimme seurakunnan nuorten tiloissa. Tila oli kahvilatyypinen, jossa oli pieniä pöytäryhmiä ja sohvia sekä nojatuoleja. Ennen kerhon alkua muodostimme sohvista, nojatuoleista ja muista löytämistämme tuoleista jonkinlaisen ympyrän, jotta kaikki voisivat kokea olevansa osana kerhoa ja keskustelua. Tila oli melko iso ja hiljaisemmalla äänellä puhuvia saattoi olla vaikea kuulla. Tilanteeseen sopeutumista helpotti se, että tila oli tuttu kerholaisille. Havaitsimme kuitenkin, että jotkut eivät osallistuneet keskusteluun puhumalla itse. Mahdotonta on sanoa, olivatko syynä kuulemisvaikeudet, ujous, aiheen turhana pitäminen vai kenties vain halu kuunnella keskustelun etenemistä.

5.1.3 Kolmas kerhokerta: hengellisyyden merkitys terveydelle

Kolmanteen eli viimeiseen kerhokertaan osallistui 21 ikäihmistä. Aiheena oli hengellisyyden merkitys terveydelle. Halusimme jälleen käyttää voimavaralähtöistä lähestymistapaa. Tärkeimpänä pidimme keskustelua kerholaisten lähtökohdista käsin, sillä lähtiessämme käsittelemään aihetta ikäihmisten näkökulmasta voisimme pureutua juuri niihin kysymyksiin ja aiheisiin, joita he itse nostaisivat esiin.

Edellisellä kerralla olimme huomioineet, etteivät kaikki osallistuneet keskusteluun. Tällä kerralla halusimme osallistaa kaikki aiheen käsittelyyn. Päädyimme aloittamaan keskustelun hiljaisella työskentelyllä, jonka aikana kukin sai kirjoit-

taa omia ajatuksiaan paperille aiheesta ”miten hengellisyys on vaikuttanut terveyteeni”. Kirjoittamisen sijaan aihetta sai myös ajatella hiljaa mielessään. Korostimme, ettei paperille kirjoitettua ole pakko jakaa keskustelussa eikä papereita myöhemmin kerätä. Tarkoituksena oli, että jokainen saisi aikaa miettiä omia mielipiteitään aiheesta, vaikka ei niitä haluaisikaan ääneen sanoa.

Hiljaisen työskentelyn jälkeen ikäihmiset saivat kertoa ajatuksiaan ja kokemuksiaan aiheesta. Keskustelu käynnistyi jälleen hyvin, vaikka hiljaisen työskentelyn aikana jotkut ikäihmisistä sanoivat vierustoverilleen, ettei aiheesta tullut mitään mieleen tai etteivät he oikein tienneet, mitä kirjoittaa. Kerholaiset pitivät aihetta kiinnostavana ja keskusteltavaa riitti. Eräs kerholainen kertoi nukkumisvaikeuksistaan:

Minä olen nyt kiukutellut unen kanssa. Ja sitten minun yläkerran asukkini – hän on myös uskovainen, mutta hän ei kuulu kirkkoon – sanoi minulle, mikset sinä rukoile unta? Niin. Sitten minä rupesin lukemaan psalmia. Ja ota ja katso: minä nukahdin. -- Ja nyt minä nukun ilman mitään lääkettä, en tarvitse mitään muuta kuin juon pienen kupillisen maitoa illalla ja sitten minä nukun ja sitten minä luen välillä psalmia, ja sitten minä nukun.

Keskustelun aikana käsitelimme hengellisyyden merkityksiä terveydelle. Päämääränä ei niinkään ollut uusien terveyttä edistävien keinojen esitleminen. Ennemmin halusimme tuoda ikäihmisten tietoisuuteen, että hengellisyydellä on vaikutusta terveyteen. Lisäksi tarkoituksena oli kannustaa ikäihmisiä jatkamaan hengellistä aktiivisuuttaan myöhemmälläkin iällä. Eräs kerholainen sanoi keskustelun kuluessa, että hän ei koskaan ole tullut ajatelleeksi, että uskolla ja hengellisyydellä voisi olla suoranaisia terveysvaikutuksia. Toinen kerholainen kertoi lukemastaan kolumnista:

Lääkäri voisi määrätä kirkossa käyntiä. Ja tota... on tehty tutkimus, esimerkiksi Norjassa ja Amerikassa että ne, jotka kävivät kirkossa, niin niillä laski verenpaine. Eliikkä tää liittyy nyten terveyteen. Ja sitten muistan sieltä, -- että mitkä siihen vaikutti; musiikki, virret, saarna, rukoukset. Et tota ihminen rauhottu siellä. Niin tämmönen tutkimus on tehty. Musta se oli niin ko uutta minulle.

Keskustelimme myös, voiko hengellisyys vaikuttaa terveyteen negatiivisesti. Aihe herätti ikäihmisissä mielipiteitä erityisesti uskonnollisen kasvatuksen merkityksestä. Kuten Teinonen (2007) ja Heikkilä (2011) toteavat, kielteinen jumalan-

kuva sekä negatiiviset kokemukset Jumalasta ja uskonnosta voivat aiheuttaa pelkoa ja uhata terveyttä. Eräs kerholainen kertoi lapsuuden kokemuksistaan:

K: Mulla oli serkkuja. -- Ne aina pelotti mua, että Jumala pudottaa kuuman kiven sun päähän päälle. Ja muistan aina ku mä juoksin – mä oon ollu joku viis vuotta – kotia henki hatussa, niin ettei mulla henkikään kulkenu ja mä sanoin äideelle, että purottaako se Jumala nyt mulle ton kuuman kiven tualta? Niin äitee sano, että ku Jumalalla on niin paljon tekemistä, että ei se sulle... älä sellasta pelkää.

O: Auttoko se?

K: Autto tietenkin. Sehän helpotti, mähän olin hengenhädässä.

Kerhossa käsitellyn aiheen terveysvaikutuksia on erittäin vaikea mitata, sillä jos niitä on, ne ovat lähinnä välillisiä. Palautteen perusteella suurin osa ikäihmisistä piti aiheita mielenkiintoisena ja hyödyllisenä. Kolmetoista kerholaista oli myös täysin tai osittain sitä mieltä, että oli saanut uutta tietoa kerhossa. (Liite 6.)

5.2 Palaute ja arviointi

Viimeisellä kerhokerralla keräsimme kerhoon osallistuneilta palautteen ohjaamistamme kerhoista (liite 5). Päätimme kerätä palautetta viimeisellä kerhokerralla, koska esimerkiksi terveellisten elämäntapojen muutoksia ei olisi voinut kysyä ensimmäisen kerhon päätteeksi.

Pyrimme tekemään palautekyselystä selkeän ja sopivan pituisen. Päätimme käyttää pääasiassa monivalintakysymyksiä, koska ajattelimme niiden olevan ikäihmisille helpompia ja selkeämpiä kuin avoimet kysymykset. Vastaaajan taustatiedoista kysyimme ikää. Sukupuolta emme kysyneet, koska kerhossa oli vain yksi mies. Sukupuolta kysymällä olisi hänen vastauksensa erottunut joukosta. Halusimme, että palautteet pysyvät nimettöminä ja ettei niitä pystyisi liittämään vastaajiinsa. Ennen palautteen keräämistä annoimme ohjeet lomakkeen täyttöön sekä kirjallisesti että suullisesti.

Vastauksia saimme 21. Vastajaat olivat 64–88-vuotiaita. Käydessämme läpi vastauksia huomasimme, että osalle vastaajista kyselylomake oli ollut liian monimutkainen. Esimerkiksi joissakin vastauksista vastaaja ei ollut merkinnyt osal-

listuneensa kaikkiin kerhokertoihin, mutta oli silti antanut palautetta kaikista kolmesta kerhokerrasta. Muutama ei ollut antanut palautetta viimeisestä kerhokerrasta ollenkaan, vaikka palaute kerättiin viimeisellä kerralla. Suurin osa jätti vastaamatta avoimiin kysymyksiin. Palautteen analysoiminen oli haasteellista. Osa vastauksista oli tulkinnanvaraisia, mutta pääasiassa saamamme palaute auttoi arvioimaan kerhojen onnistumista.

Ensimmäisestä kerhokerrasta saimme vähiten vastauksia (liite 6). Kaikki ensimmäisellä kerralla mukana olleet eivät olleet viimeisessä kerhossa. On myös mahdollista, että osa vastaajista oli jo unohtanut, mitä kaikkea ensimmäisellä kerralla keskusteltiin, eivätkä siksi vastanneet ollenkaan. Olisimme mahdollisesti saaneet enemmän vastauksia, jos olisimme keränneet palautteen jokaisen kerhokerran lopussa.

On vaikeaa arvioida, kuinka paljon kerhot antoivat keinoja terveellisempään elämään. Palautekyselyn avoimiin kysymyksiin osa ikäihmisistä kirjoitti, miten he olivat muuttaneet elämäntapojaan terveellisemmäksi tai mitä uusia voimavaroja he olivat löytäneet, mutta suurin osa vastasi, etteivät he olleet huomanneet elämäntapojen muutoksia tai uusia voimavaroja. Osa vastaajista jätti kokonaan vastaamatta avoimiin kysymyksiin.

Palautekyselyn ja saamamme suullisen palautteen perusteella kerhojen teemat ja toteutustavat olivat ikäihmisille mieluisia. Ikäihmiset kokivat keskustelun ja vuorovaikutuksen tärkeäksi osaksi kerhoa. Seitsemäntoista palautekyselyyn vastanneista oli täysin tai osittain sitä mieltä, että keskustelu ryhmässä antoi uusia ajatuksia. Oli siis hyvä, että annoimme kerhoissa aikaa ja tilaa yhteiselle keskustelulle ja mielipiteiden jakamiselle. Palautelomakkeessa kysyimme myös esitystavastamme. Kysymykseen vastanneista ainoastaan yksi ei osannut sanoa, muut olivat sitä mieltä, että esitystapa oli selkeä ja kuuluva (liite 6).

Äänitimme kerhokerrat ääninauhurilla. Nauhurin käyttö ei vaikuttanut häiritsevän ikäihmisiä. Vaikka eräs kerholainen sanoikin ensimmäisellä kerralla leikkisästi ”nyt täytyykin varoa, mitä sanoo”, nauhurin olemassaolo näytti unohtuvan, kun kerholaiset pääsivät keskustelussa alkuun. Keskustelujen ohjaaminen sujui hy-

vin. Ikäihmiset eivät puhuneet toistensa päälle vaan kuuntelivat toistensa puheenvuoroja kunnioittaen puhujaa. Välillä keskustelu eksyi aiheesta, mutta palautimme sen takaisin kerhon teemaan esittämällä jonkin kysymyksen tai kertomalla jonkin omakohtaisen kokemuksen. Ikäihmiset olivat kuitenkin taitavia pitämään keskustelun aiheessa eikä ohjaamista tarvittu usein.

6 POHDINTA

Ajallisesti opinnäytetyöprosessimme kesti noin puoli vuotta. Prosessi oli mielenkiintoinen ja antoisa, välillä myös haasteellinen, mutta hyvällä parityöskentelyllä, yhteistyötahon tuella ja ohjaavien opettajien avulla pääsimme opinnäytetyön solmukohdista eteenpäin. Oli mielenkiintoista tehdä opinnäytetyötä osana suurempaa hanketta. Opinnäytetyöprosessissa pääsimme kurkistamaan tutkimuksen tekemisen maailmaan hanketapaamisten muodossa sekä tietenkin oman opinnäytetyön tekemisen kautta.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Terveystenhuollon keskeisenä eettisenä periaatteena on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Terveyttä edistettäessä on tiedostettava ihmisen omat tarpeet, ja annettava tilaa tehdä omia päätöksiä ja kysymyksiä. Asiakkailla tulee tarjota tietoa ja eri mahdollisuuksia toimia, mutta vastuu omaan elämään liittyvistä päätöksistä ja niiden seurauksista on ihmisellä itsellään. (Pietilä ym. 2010, 18–19; Vertio 2003, 142.) Valitsimme pääasialliseksi lähestymistavaksemme voimavaralähtöisen neuvonnan paitsi asiakasystävällisyyden vuoksi, myös sen takia, että se antoi kuulijoille vapauden tehdä elämäänsä koskevat päätökset itse. Meillä terveydenhuollon tulevina ammattilaisina oli tehtävänä antaa kerhoihin osallistuneille ikäihmisille tarvittava tieto, jotta he voisivat tehdä omat valintansa ja olisivat tietoisia niiden mahdollisista hyvistä tai huonoista seurauksista. Tapauksissa, joissa ikäihmiset toivat keskustelussa esiin epäterveellisiä elämäntapoja, pyrimme neuvomaan, miten näitä tapoja voisi muuttaa, ja kannustimme muutokseen. Päätös elämäntapojen muutoksista jäi kuitenkin ikäihmiselle itselleen.

On vaikeaa määritellä, milloin ihmisen terveyttä on oikeus edistää tai kuinka tiukasti julkisen vallan pitäisi puuttua ihmisten terveyskäyttäytymiseen. Voi esimerkiksi pohtia, onko ihmisellä aina oikeus tehdä omia valintoja, vaikka ne olisivat hänelle haitallisia. Tarvitaan keskustelua, ymmärrystä ja pohdintaa siitä, miten terveyden edistämistä tulisi toteuttaa ihmisiä syyllistämättä tai liiallisia pak-

kotoimia välttään. (Pietilä ym. 2010, 19.) Terveiden edistämässä halusimme käyttää positiivista lähestymistapaa. Kerhoja suunnitellessamme ja niitä ohjaessamme kiinnitimme erityistä huomiota siihen, ettemme asettaisi kuulihoita ikään kuin syyllisen asemaan. Halusimme säilyttää keskustelussa hyväksyvän ja inhimillisen ymmärtämisen sävyn: jokainen on vapaa tekemään omat valintansa olematta niistä muiden edessä syyllinen.

Nauhoitimme pitämämme kerhot ääninauhurilla. Tarkoituksena oli dokumentoida kerhokerrat ja käyttää materiaalia vain itsellemme muistiinpanoina. Kerhojen alussa kerroimme kerholaisille, ettei nauhoitteita julkaista. Kerhojen jälkeen kuitenkin huomasimme käytyjen keskustelujen sopivan osaksi opinnäytetyötämme. Pohdimme, miten toimia tilanteessa eettisesti: olisiko meidän jätettävä käyttämättä nauhoitteita alkuperäisen lupauksen mukaisesti vai olisiko luvan kysyminen kerholaisilta vielä mahdollista? Olimme yhteydessä kerhoista vastaavaan diakoniin, joka kysyi kerholaisilta luvan nauhoitteiden käyttöön. Keskustelujen käyttö osana opinnäytetyötämme sopi kerholaisille. Mahdollista on, että kaikki kerhoihin osallistuneet eivät olleet paikalla lupaa kysyttäessä. Lainauksissa kuitenkin säilytimme anonymiteetin emmekä julkaisseet kenenkään kerholaisen nimeä.

6.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Ohjaamiemme kerhojen tarkoituksena oli edistää kerhossa käyvien ikäihmisten terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää terveyttä edistävää kerhotoimintaa Espoonlahden seurakunnalle.

Terveiden edistymisen arvioimiseksi keräsimme kerhoihin osallistuneilta palautteen. Varsinaista terveyden edistymistä on vaikea mitata kyselylomakkeella, sillä elämäntapojen muutokset tapahtuvat prosessinomaisesti ja voivat olla hitaita ja hyvinkin pieniä (Mustajoki 2003, 4235). Ensimmäinen askel terveempään elämään on tiedon saanti, eli tässä tapauksessa ohjaamamme kolme kerhokerhtaa ja niissä saatu tieto. Jotta terveys edistyisi, ei tiedon tarvitse aina olla uutta. Joskus jo kuullun kertaaminen voi saada aikaa muutoksen, jota sama tieto ei

aiemmin saanut aikaan. Muutoksen toinen askel on harkinta, eli jokin kuultu asia jää mieleen ja kypsyy vähitellen päätöksen tasolle. Päätöstä seuraa tekeminen. Vasta aika paljastaa, miten pysyväksi aiottu muutos jää. (Vuori 2003, 73; Mustajoki 2003, 4235–4237.) Tämän muutoshitauden takia tässä vaiheessa tehdyt päätelmät terveyden edistymisestä voivat olla harhaanjohtavia. Palautteen mukaan ikäihmiset kuitenkin pitivät aiheita mielenkiintoisina ja hyödyllisinä. Samantyylinen kerhotoiminta voisi siis palvella ikäihmisiä jatkossakin.

Koimme tärkeäksi, ettemme muuttaneet seurakunnan ikäihmisten kerhon rakennetta terveyden edistämistä varten. Ikäihmiset ovat pitkään, jotkut jopa yli kymmenen vuotta, olleet osallisina seurakunnan kerhossa, ja heille totuttu kaava tuo turvaa ja ennustettavuutta. Kerhon rakenne on vuosien saatossa myös havaittu toimivaksi, joten emme nähneet muutoksia tarpeellisiksi. Suuret muutokset kerhon rakenteessa olisivat saattaneet viedä huomion pois itse asiasta, ja uutta tietoa olisi voinut olla vaikeampi ottaa vastaan. Jo se, että kerhon vetäjinä olimme kerholaisille uusia, oli eräänlainen muutos kerhoihin. Kuitenkin uusien menetelmien kokeilu jatkossa kerhon oman ohjaajan turvin voisi olla mielenkiintoinen kokemus niin ohjaajalle kuin kerholaisillekin.

Suunnittelemassamme ohjelmassa halusimme välttää turhia riskejä: halusimme minimoida mahdolliset haittatekijät ja käyttää varmoja keinoja kerhojen toteutuksessa ja terveyden edistämisessä. Käytimmekin paljon kerhoissa jo käytössä olevia keinoja, kuten yhteistä keskustelua. Teoriatieto voimavaralähtöisestä neuvonnasta ja kerholaisilta saamamme palaute osoittivat, että ikäihmisille suunnatun ohjelman on hyvä sisältää keskustelua, jotta mielenkiinto ja keskittymiskyky säilyvät.

Terveyttä edistäviä kerhoja voi jatkossakin toteuttaa pitämiemme kerhojen esimerkin mukaisesti. Soukan kappelin kerhon lisäksi terveyttä edistävää kerhotoimintaa voisi toteuttaa myös muissa Espoonlahden seurakunnan ikäihmisten kerhoissa. Kerhojen suunnittelemisessa on tärkeää, että ohjaaja perehtyy aiheeseen. Itse aihe voidaan käsitellä yhteisessä keskustelussa ikäihmisten kanssa, jolloin se pysyy mielenkiintoisena ja vastaa niihin kysymyksiin, joita osallistujilta itseltään nousee. Vaihtoehtoisesti voidaan etukäteen selvittää ker-

holaisten tietämys valitusta teemasta, ja valita sen perusteella kerrottavaksi tietoa, jota ikäihmisillä ei vielä ole.

Palautteessa kysyimme ikäihmisiltä, mitkä terveyttä edistävät aiheet olisivat heidän mielestään jatkossa tarpeellisia. Emme kuitenkaan saaneet kysymyseen yhtään vastausta. Syynä voi olla ikäihmisten epätietoisuus siitä, mitkä asiat kuuluvat terveyden edistämiseen tai se, että palautteen antamiselle varattu aika oli melko lyhyt. Voi myös olla, että ikäihmiset eivät enää halua terveyttä edistävää toimintaa kerhoon. Tämä on kuitenkin epätodennäköistä, koska keväällä 2011 tehdyssä kyselyssä he toivoivat terveyttä edistävää toimintaa. Lisäksi palautteessa ilmeni, että kerholaiset kokivat ohjaamiemme kerhojen aiheet mielenkiintoisiksi ja hyödyllisiksi. Todennäköisesti ikäihmiset eivät lyhyessä ajassa ehtineet miettiä kiinnostavia aiheita. Jatkossa voisi yhdessä ikäihmisten kanssa pohtia heille sopivia terveyttä edistäviä aiheita.

Terveyden edistäminen on mielestämme ajankohtainen tavoite ja seurakunnassa työskentelevillä diakonissoilla on siihen tarvittava koulutus, jota voi monipuolisesti käyttää seurakuntatyössä hyödyksi. Kuitenkin ihmiset – iästä riippumatta – tulevat seurakuntaan ensisijaisesti henkisten ja hengellisten tarpeiden vuoksi, joihin vastaaminen on seurakunnan perustehtävä, jota ei tule unohtaa. Siksi myös seurakunnan ikäihmisten kerhossa tulee edelleen ottaa huomioon osallistujien hengelliset tarpeet. Alkuhartausta ja yhdessä laulettuja virroja ja yhteiset rukoukset ovat olennainen osa seurakunnan kerhoja, ja ne itsessään jo tukevat terveyttä.

Ikäihmiset kokevat kerhon tärkeäksi osaksi elämäänsä. Jo pelkästään kerhoihin osallistuminen edistää terveyttä, sillä se lisää yhteisöllisyyttä ja vuorovaikutusta sekä ehkäisee yksinäisyyttä. Kerhossa ikäihmiset pääsevät tapaamaan ystäviään ja keskustelemaan heidän kanssaan. Seurakunnan kerho tarjoaa näin terveyden edistämiseksi otollisen ympäristön, joka edistää moniulotteisesti ikäihmisten terveyttä.

Seurakunnan ikäihmisten kerhoon osallistumiseen vaikuttavat kuitenkin muun muassa fyysinen kunto ja toimintakyky. Kotoa lähteminen ja riittävä liikuntakyky

ovat keskeisiä tekijöitä kerhoon osallistumiselle. Kerhon tavoittamat ikäihmiset ovat melko terveitä ja hyvinvoivia. Olisi hyvä pohtia, miten kerhot tai seurakunnan muu diakoniatoiminta voisi tavoittaa myös niitä, joiden terveys ja toimintakyky eivät riitä kotoa poistumiseen tai pitkien matkojen kulkemiseen. Espoonlahden seurakunta onkin pyrkinyt tavoittamaan myös näitä kotona asuvia vanhuksia erilaisilla kyselyillä ja muun muassa kotihoidon kanssa tehtävällä yhteistyöllä. Heidän kohtaamisensa ja terveyden edistämisenä on tärkeä haaste seurakunnalle.

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut ammatti-identiteettiämme sairaanhoitaja-diakonissoina. Opiskelujen kuluessa monet sukulaiset ja tuttavat ovat kysyneet, miten sairaanhoitajan ja diakonissan ammatit käytännössä kohtaavat toisensa. Itsekin olemme pohtineen tätä kysymystä. Toisinaan sairaanhoitajan ja diakonissan ammatit vaikuttivat olevan toisistaan erillisiä ja ajatus niiden yhdistämisestä työelämässä tuntui haastavalta. Kuitenkin opintojen kuluessa ja erityisesti opinnäytetyötä tehdessä sairaanhoitaja-diakonissan koulutuksen kaksoiskelpoisuus on osoittautunut rikkaudeksi, jota voi hyödyntää sekä sairaalassa että seurakunnassa työskennellessä.

Koulutuksemme antaa valmiuksia monenlaisten kädentaitojen osaamiselle, mutta samalla myös ihmisen kokonaisvaltaiselle kohtaamiselle. Olemme oppineet, miten monipuolisesti sairaanhoitajan osaamista voi hyödyntää seurakunnan diakoniatyössä. Diakoniatyössä ei voi keskittyä vain ihmisen hengellisten tarpeiden huomioimiseen, sillä ihminen on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus. Samoin ei myöskään sairaanhoidossa pidä keskittyä vain ihmisen fyysisen tai psyykkisen terveyden hoitoon unohtaen hänen hengelliset tarpeensa.

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuudessaan ollut hyvin kasvattava kokemus. Opinnäytetyöprosessin aikana koemme kehittyneemme tiedonhakijoina ja tulevina alamme ammattilaisina. Työn aikana opimme suunnittelemaan ja pe-

rustelemaan toimintaamme sekä arvioimaan tekemäämme työtä. Yhteistyömme sujui hyvin koko prosessin ajan, ja koemme oppineemme arvokkaita yhteistyötaitoja. Opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan ollut oppimiskokemus, joka on antanut meille valmiuksia tulevaan työelämään.

LÄHTEET

- Ahola, Sirpa 2009. Esteetön ympäristö ja ulkoilu. Teoksessa Elisa Mäkinen, Maria Kruus-Niemelä & Marianne Roivas (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä: ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. 63–69.
- Backman, Kaisa 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulu: Oulun yliopisto.
- Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Espoonlahden seurakunta 2009a. Usko ja rakkaus III. Suuntaviivoja Espoonlahden seurakuntaan 2009–2015.
- Espoonlahden seurakunta 2009b. Espoonlahden seurakunnan diakoniatyön perustoimintokuvaus.
- Espoonlahden seurakunta 2012. Diakonia. Viitattu 20.3.2012.
<http://www.espoonseurakunnat.fi/web/espoonlahti/diakonia1>
- Espoonlahden seurakunta i.a. Seniorit. Viitattu 20.3.2012.
<http://www.espoonseurakunnat.fi/web/espoonlahti/seniorit>
- Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 25. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hakala, Pirjo 2002. Ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja. 233–266.
- Hakonen, Sinikka 2008a. Ikäideat ikäkäytäntöjen työkaluiksi. Teoksessa Asta Suomi & Sinikka Hakonen (toim.) Kuluerästä voimavaraksi: sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 33–52.
- Hakonen, Sinikka 2008b. Kolmas ikä voimaantumisen aikana. Teoksessa Asta Suomi & Sinikka Hakonen (toim.) Kuluerästä voimavaraksi: sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 153–159.
- Hakonen, Sinikka 2008c. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa Asta Suomi & Sinikka Hakonen (toim.) Kuluerästä voimavaraksi: sosiokulttuurinen

- puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 121–152.
- Heikkilä, Mirva 2011. ”Tullee sielu ja ruumis hoiettua”. Oulun hiippakuntien diakonissojen kokemuksia vanhusten kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Heikkinen, Eino 2004. Vanhenemisen monet kasvot. Gerontologia 2/2004. 159–163.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa Eino Heikkilä & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 207–231.
- Helin, Matti; Hiilamo, Heikki & Jokela, Ulla 2010. Diakoniatyö: asiakkaan palveluksessa. Helsinki: Edita.
- Helminen, Pirjo & Karisto, Antti 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi. 9–18.
- Hirvensalo, Mirja & Leinonen, Raija 2007. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 234–242.
- Hirvensalo, Mirja; Rasinaho, Minna; Rantanen, Taina & Heikkinen, Eino 2008. Liikunta. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 458–466.
- Hokkanen, Hannele; Häggman-Laitila, Arja & Eriksson, Elina 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1/2006. 12–21.
- Huoltoliitto ry 2005. Elli: elpymisohjelma ikäihmisille. Huoltoliiton julkaisuja 2/2005. Helsinki: Huoltoliitto.
- Hyypä, Markku T. & Liikanen, Hanna-Liisa 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki: Edita.
- Häkkinen, Hannele & Holma, Tupu 2004. Ehkäisevä kotikäyntityö – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle: valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Häkkinen, Hannele 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille: kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Jantunen, Eila & Heikkilä, Mirva 2010. Terve sielu terveessä ruumiissa: diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Tutkimussuunnitelma hankehakemuksen liitteeksi.
- Juntunen, Elina & Saarela, Tiina 2009. Seurakuntadiakonian perustehtävä ja terveyden kysymykset. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys: tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus. 36–50.
- Jääskeläinen, Ilkka 2002. Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja. 192–232.
- Karvinen, Elina 2002. Iäkkäiden ihmisten liikunta. Teoksessa Esko Mälkiä & Pauli Rintala (toim.) Uusi erityisliikunta: liikunnan sovellukset erityisryhmille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura. 169–179.
- Karvinen, Ikali 2009. Henkinen ja hengellinen terveys: etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsityksistä. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kattainen, Eija 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen – ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen: teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 191–212.
- Kettunen, Tarja; Liimatainen, Leena; Villberg, Jari & Perko, Ulla 2006. Developing empowering health counseling measurement preliminary results. *Patient Education and Counseling* 64/2006. 159–166.
- Kinnunen, Kaisa 2009. Terveysten ja sairauteen liittyvän auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys: tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus, 92–131.
- Kirkkojärjestys. Viitattu 20.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055>
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2008. Uni ja vanheneminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 366–374.

- Klavus, Jan 2010. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemuksen palveluista. Teoksessa Marja Vaarama; Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 28–43. Verkkojulkaisuna <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>
- Korkiakangas, Pirjo 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Teoksessa Eino Heikkilä & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 173–204.
- Koskinen, Simo 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Ikääntyminen voimavarana: tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Edita. 24–90. Verkkojulkaisuna <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>
- Kotisalo, Helena 2011. Terve sielu terveessä ruumiissa -hanke. Julkaisematon tutkimusaineisto, joka tekijöiden hallussa.
- Liikanen, Hanna-Liisa 2010. Kulttuurin merkitystä ei pidä aliarvioida ikääntyessä. Gerontologia 1/2010.
- Liimatainen, Leena 2007. Terveysten edistäminen. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 29–40.
- Lipponen, Mirja 2004. Asenteet vanhuksiin ja vanhuuteen, vanhuus – koko elämän heijastuma. Teoksessa Eija Noppari & Marja-Terttu Tanttinen (toim.) Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. B, Raportteja, ISSN 1455-9927; 23. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. 23–26.
- Lis, Katharina; Reichert, Monika; Cosack, Alexandra; Billings, Jenny; Brown, Patrick (toim.) 2008. Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Viitattu 30.3.2012. http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE-Guidelines_Online.pdf
- Lyyra, Tiina-Mari 2007. Terveysten ja toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 15–28.

- Mikkola, Arto 2005. Ympäristö vanhuksen hoitajana. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.) *Laatua vanhustyöhön*. Helsinki: Tammi. 113–135.
- Mustajoki, Pertti 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen lääkärilehti* 42/2003. 4235–4237.
- Muurinen, Seija 2008. Iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. *Pro Terveys* 4/2008. 24–25.
- Perho, Maija; Kummel-Myrskog, Pia; Mäkelä, Hilikka; Pulkka, Anne; Rättyä, Lea; Saarela, Tiina & Turtiainen, Asta 2009. Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Pietilä, Anna-Maija; Länsimies-Antikainen, Helena; Vähäkangas, Kirsi & Pirttilä, Tuula 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) *Terveyden edistäminen: teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOYpro. 15–31.
- Pikkarainen, Aila 2007a. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita. 88–114.
- Pikkarainen, Aila 2007b. Ympäristö. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita. 42–68.
- Poskiparta, Marita; Liimatainen, Leena; Kettunen, Tarja & Karhila, Päivi 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 45/2001. 69–79.
- Rantanen, Taina 2003. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämässä. Teoksessa: Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim. 402–408.
- Routasalo, Pirkko; Pitkälä, Kaisu; Savikko, Niina & Tilvis, Reijo 2003. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Ikääntyneiden yksinäisyys: kyselytutkimuksen tuloksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Ruonakoski, Annamari; Somerpalo, Sakari; Kaakinen, Juha & Kinnunen, Riitta 2005. Esteettömyys ja ikääntyneiden palvelutarve. *Sosiaali- ja ter-*

- veysministeriön selvityksiä 2005:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ruoppila, Isto 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Eino Heikkilä & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 119–150.
- Räihä, Ismo 2005. Vanhusten ravitsemus. Teoksessa Antti Aro, Marja Mutanen & Matti Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim. 312–324.
- Salmela, Sanna & Matilainen, Irmeli 2007. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 218–232.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveysten edistäminen esimerkein: käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveysten 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisuna
http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM_terveys2015.pdf
- Suomen ev.lut. kirkko 2005. Usko, toivo ja rakkaus – voimavaraksi vanhuudessa. Kirkon vanhustyön strategia 2015. Sarja C 2005:5. Helsinki: Kirkkohallitus. Verkkojulkaisuna
[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/\\$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf)
- Suomen ev.lut. kirkko 2010. Kirkon tilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki: Kirkkohallitus. Verkkojulkaisuna
[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/8A75CE045AD09FE4C22577AE00256611/\\$FILE/Vuosikirja_2010.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/8A75CE045AD09FE4C22577AE00256611/$FILE/Vuosikirja_2010.pdf)
- Suominen, Merja & Pitkälä, Kaisu 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä, Timo Strandberg, Raimo Sulka-va & Matti Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. 350–357.
- Suominen, Merja 2008. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 467–486.

- Suutama, Timo & Ruoppila, Isto 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 116–128.
- Talvenheimo-Pesu, Anne 2009. Ikäihminen ja ympäristö vuorovaikutuksessa. Teoksessa Elisa Mäkinen, Maria Kruus-Niemelä & Marianne Roivas (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä: ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. 52–62.
- Teinonen, Timo 2007. Terveys ja usko. Helsinki: Kirjapaja.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK). Viitattu 26.3.2012
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/evtk
- Terveidenhuoltolaki. Viitattu 27.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tiikkainen, Pirjo & Lyyra, Tiina-Mari 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita. 70–86.
- Vaarama, Marja; Luomahaara, Jaakko; Peiponen, Arja & Vuotilainen, Päivi 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle: näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Raportteja 259. Helsinki: Stakes.
- Vertio, Harri 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- WHO 2005. Global health promotion scaling up for 2015 – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Viitattu 29.3.2012.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf
- WHO 2009. Milestones in Health Promotion – Statements from Global Conferences. Viitattu 29.3.2012.
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- Voutilainen, Päivi & Kaskiharju, Eija 2007. Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa. Teoksessa Päivi Voutilainen (toim.) Laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes. 18–29.

Vuori, Ilkka 2003. Lisää liikuntaa! Helsinki: Edita.

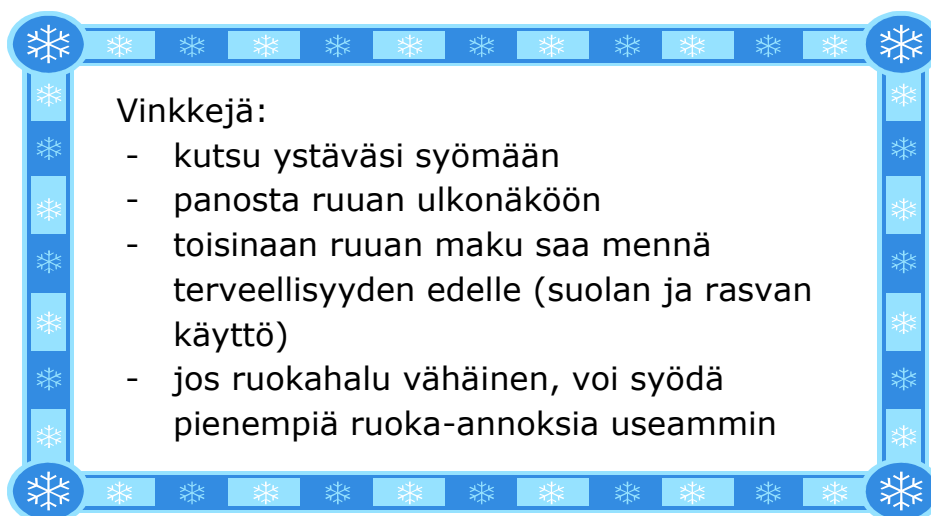
Liite 1. Kerho-ohjelma: Terveelliset elämäntavat

- Diakoni Eija Siivosen pitämä alkuhartaus
- Kahvitus
- Terveelliset elämäntavat
 - o Ravitsemus:
 - mitä on hyvä ravitsemus
 - mitä erikoispiirteitä on ikäihmisen ravitsemuksessa
 - o Liikunta:
 - liikunnan merkitys terveydelle
 - arkiliikunnan merkitys
 - o Uni ja lepo:
 - unen merkitys terveydelle
 - unen rakenne ja sen muutokset ikääntyessä
 - miten unen laatua voi parantaa
- Loppuvirsi ja Herran siunaus

Liite 2. Tiivistelmä terveellisistä elämäntavoista

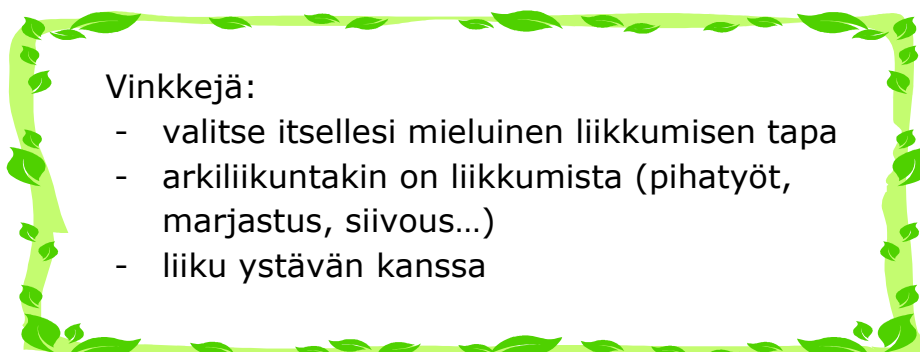
RAVITSEMUS

- riittävä energian ja suojaravintoaineiden saanti
 - D-vitamiini ja kalsium → luusto, ehkäisevät osteoporoosia
- riittävä juominen (n. 1 litra/päivä)
 - ikääntyessä janon tunne heikkenee
- ikääntyessä ruokahalu voi heiketä
 - esim. nälän tunteen heikkeneminen ja makuaistin muutokset



LIIKUNTA

- riittävä liikunta tukee toimintakykyä, ehkäisee sairauksia ja ehkäisee kaatumistapaturmia
- suositus: liikuntaa vähintään 4x/vko puolen tunnin ajan
 - voi jakaa pienempiin osiin
- liikuntaa monipuolisesti
 - kestävyys: esim. kävely, vesiliikunta, hiihto, pyöräily
 - liikkuvuus: esim. venyttely, marjastus, pihatyöt, siivous
 - lihaskunto: esim. tavaroiden nostelu, portaiden nousu



UNI JA LEPO

- nukkuessa perusuni (syvä uni) ja REM-uni (kevyt uni) vuorottelevat
- ikääntyessä unen rakenne muuttuu
 - uni kevenee
 - yölliset heräilyt lisääntyvät
 - nukahtamisvaihe pitenee

Vinkkejä:

- mene vuoteeseen vasta väsyneenä
- vältä päiväunia klo 18 jälkeen
- liiku päivän aikana
- lämpimät sukat auttavat nukahtamaan
- jos käytät unilääkettä, keskustele sen tarpeellisuudesta lääkärin/hoitajan kanssa

Liite 3. Kerho-ohjelma: Omat voimavarat käyttöön

- Alkuhartaus: "Kristus, Jumalan kirkkauden säteily"
- Kahvitus
- Omat voimavarat käyttöön
 - o Mitä voimavarat ovat?
 - o Mitä voimavaroja ikäihmiset tunnistavat itsessään?
 - o Miten voimavarat ovat auttaneet elämässä?
 - o Uudet voimavarat ja niiden löytäminen
- Loppuvirsi ja Herran siunaus

Liite 4. Kerho-ohjelma: Hengellisyiden merkitys terveydelle

- Alkuhartaus: "Jumalan sanan kylvö"
- Kahvitus
- Hengellisyiden merkitys terveydelle
 - o Yksilötyöskentely: miten hengellisyys on vaikuttanut minun terveyteeni?
 - o Hengellisyiden merkitykset terveydelle tutkimuksien mukaan
 - o Voiko hengellisyys vaikuttaa terveyteen negatiivisesti?
- Loppuvirsi ja Herran siunaus

Liite 5. Palautekysely Soukan ikäihmisten kerhoihin osallistuneille

Ohje: Keräämme palautetta kolmesta viime kerhokerrasta. Vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä omaa mielipidettänne vastaava vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle. Antakaa palaute vain niistä kerhoista, joissa olitte osallisina.

Vastaaajan ikä _____

Kerhot, joihin osallistuin:

- ☐ Terveelliset elämäntavat
- ☐ Omat voimavarat käyttöön
- ☐ Hengellisyyden merkitys terveydelle

Terveelliset elämäntavat:

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Aihe oli mielenkiintoinen	1	2	3	4	5
Aihe oli minulle hyödyllinen	1	2	3	4	5
Sain uutta tietoa	1	2	3	4	5

Elämäntapojen muutokset alkavat pienistä asioista. Tuliko kerhossa esille terveyteen liittyviä asioita, jotka ovat saaneet Teidät muuttamaan jotakin omissa elämäntavoissanne?

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä, minkälaisia?

Omat voimavarat käyttöön:

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Aihe oli mielenkiintoinen	1	2	3	4	5
Aihe oli minulle hyödyllinen	1	2	3	4	5
Sain uutta tietoa	1	2	3	4	5

KÄÄNNÄ

Löysin/huomasin lisää voimavaroja elämääni.

- ☐ Ei
☐ Kyllä, minkälaisia?

Hengellisyyden merkitys terveydelle:

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Aihe oli mielenkiintoinen	1	2	3	4	5
Aihe oli minulle hyödyllinen	1	2	3	4	5
Sain uutta tietoa	1	2	3	4	5

Muu palaute:

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Ohjaajien esitystapa oli selkeä ja kuuluva	1	2	3	4	5
Keskustelu ryhmässä antoi minulle uusia ajatuksia	1	2	3	4	5

Mikäli haluatte kerhossa käsiteltävän jotain muita terveyteen liittyviä asioita, mitkä aiheet olisivat mielestänne tarpeellisia? _____

Mitä muuta haluatte sanoa? _____

Kiitos palautteesta ja kerhoihin osallistumisesta!

Liite 6. Ikäihmisten antama palaute

KERHO I: Terveelliset elämäntavat

Palautteita 13

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	vastauksia yhteensä
Aihe oli mielenkiintoinen	9	1				10
Aihe oli hyödyllinen	5	3	1			9
Sain uutta tietoa	3	3	4			10
	ei	kyllä		teksti, miten on muuttanut		vastauksia yhteensä
Olen muuttanut elämäntapojani	8	5		4		13

KERHO II: Omat voimavarat käyttöön

Palautteita 18

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	vastauksia yhteensä
Aihe oli mielenkiintoinen	13	4				17
Aihe oli hyödyllinen	9	4	1			14
Sain uutta tietoa	8	4	3			15
	ei	kyllä		teksti, mitä löysi		vastauksia yhteensä
Löysin uusia voimavaroja	6*	7*		5**		13

*yksi vastaus, jossa rasti sekä kyllä, että ei -kohdissa

**yksi, jossa vastaus ennemminkin palaute kerhoista, kuin elämään löydetty voimavara

KERHO III: Hengellisyyden merkitys terveydelle**Palautteita 21**

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	vastauksia yhteensä
Aihe oli mielenkiintoinen	13	5				18
Aihe oli hyödyllinen	8	4	1			13
Sain uutta tietoa	9	4	1			14

MUU PALAUTE

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	vastauksia yhteensä
Ohjaajien esitystapa selkeä ja kuuluva	16		1			17
Keskustelu ryhmässä antoi uusia ajatuksia	12	5	2			19

Mitä haluaisitte kerhossa käsiteltävän jatkossa?

- Vastauksia yksi: "en osaa sanoa"

Mitä muuta haluatte sanoa?

- Muuta palautetta 6 kpl